

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

POUR LE

466

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André Paul VITAL

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 31 juillet 1926, à MONT-de-MARSAN (Landes)

Présentée et soutenue publiquement le

**LA LUXATION CONGÉNITALE
DE LA HANCHE**

SON ÉTUDE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. P. LANTUÉJOUL, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1958

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André Paul VITAL

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 31 juillet 1926, à MONT-de-MARSAN (Landes)

Présentée et soutenue publiquement le



LA LUXATION CONGÉNITALE
DE LA HANCHE

SON ÉTUDE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. P. LANTUÉJOUL, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1958

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. H. BÉNARD, P. BROCO, H. BULLIARD, F. CADENAT, E. CHABROL, C. CHAMPY, P. CHEVALLIER, R. DEBRÉ, E. DONZELOT, P. GASTINEL, G. GUILLAIN, E. HALPHEN, P. HARVIER, R. HAZARD, G. HEUYER, G. LAROCHE, C. LAUBRY, F. LEMAITRE, E. LÉVY-SOLAL, J. LHERMITTE, C. LIAN, M. LOEPER, G. MARION, P. MATHIEU, P. MOCQUOT, H. MONDOR, R. MONOD, P. MULON, E. OLIVIER, C. RICHTER, A. STROHL, L. TANON, E. VELTER.

Doyen LÉON BINET.
Membre de l'Institut.

Assesseur JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.).
Anatomie pathologique	DELARUE (J.).
Anesthésiologie	BAUMANN (J.).
Bactériologie	FASQUELLE (R.).
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.).
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.).
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.).
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M.).
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Salpêtrière
Clinique chirurgicale carcinologique	SICARD (A.).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	QUÉNU (J.).
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice	MENEGAUX (G.).
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	MOULONGUET (P.).
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	REDON (H.).
Clinique génétique médicale	FÈVRE (M.).
Clinique gynécologique (Broca)	MERLE D'AUBIGNÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DE GAUDART
Clinique des maladies des enfants	D'ALLAINES (F.)
Clinique des maladies infectieuses	MATHEY (J.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LAMY (M.).
Clinique des maladies métaboliques	FUNCK-BRENTANO
Clinique des maladies du sang	(P.).
Clinique des maladies du système nerveux	DEGOS (R.).
Cliniques médicales	CATHALA (J.).
	Bichat
	MOLLARET (P.).
	DELAÏ (J.).
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie	HAMBURGER (J.).
Clinique médicale propédeutique	MARCHAL (G.).
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	ALAJOUANINE (T.).
Clinique de neuro-chirurgie	JUSTIN-BESANÇON
Cliniques obstétricales	(L.).
Clinique d'obstétrique et de gynécologie (Tarnier)	DE GENNES (L.).
Clinique ophtalmologique	MOREAU (R.).
Clinique oto-rhino-laryngologique	BARIÉTY (M.).
Clinique de pédiatrie sociale	DEBRAY (C.).
Clinique de pneumo-phthisiologie	PASTEUR VALLERY-
Clinique de psychiatrie infantile	RADOT (L.).
Clinique de puériculture	BOULIN (R.).
Clinique rhumatologique médicale et sociale	PETIT-DUTAILLIS
Clinique stomatologique	(D.).
Clinique thérapeutique chirurgicale	LACOMME (M.).
Clinique thérapeutique médicale	VARANGOT (J.).
Clinique urologique	LANTUÉJOL (P.).
	BERNARD (G.).
	AUBIN (A.).
	MARIE ((Julien)
	BERNARD (E.).
	MICHAUX (L.).
	LELONG (M.).
	COSTE (F.).
	DECHAUME (M.).
	SENEQUE (J.).
	LEMAIRE (A.).
	FEY (B.).

Electro-physiologie médicale (à t. pers.)	MM.
Embryologie	DJOURNO (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GIROUD (A.)
Histologie	SOULIÉ (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
Médecine légale	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	DESOILLE (H.)
Pathologie chirurgicale	GALLIARD (H.)
Pathologie exotique	COUVELAIRE (R.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	LENÈGRE (J.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie et thérapeutique générales	DÉCOURT (J.)
Pharmacologie et matière médicale	GARCIN (R.)
Physiologie	CHEYMOL (J.)
Physique médicale	BINET (L.)
Radiologie médicale	DOGNON (A.)
Technique chirurgicale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	PATEL (J.)
	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS-AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	DELMAS (A.), Pr. s. ch.	Dermato-Syphili- graphie	DUPERRAT (B.)
	CABROL (C.)	Electro-radiologie	N...
	DEBEYRE (J.)	Embryologie ...	TUCHMANN - DU- PLESSIS (H.)
	OLIVIER (G.)	Hématologie	N...
Anatomie patho- logique	N...	Histologie	COUJARD (R.), Pr. s. ch.
	GAUTHIER - VIL- LARD (Mlle P.), Pr. s. ch.	Hydrologie	N...
	BUSSER (F.)	Hygiène	N...
Anesthésiologie	GOUYGOU (C.)	Maladies infec- tieuses	CORNET (A.)
Bactériologie ...	N...		BOYER (J.), Pr. s. ch.
	HAUDUROY (P.), Pr. (dét.)		DEPARIS (R.), Pr. s. ch.
	NEVOT (A.), Pr. s. ch.		BASTIN (R.)
Biochimie médi- cale	BARBIER (P.)		HAGUENAU (J.), Pr. s. ch.
	CHRISTOL (D.)		BOUDIN (G.)
	TOURNIER (P.)		BOUVIER (J.)
Biologie médicale	ETTORI (J.), Pr à t. pers. (dét.)		BRICAIRE (H.)
	DESGREZ (P.)		BRISAUD (H.)
	POLONOVSKI (J.)		CASTAIGNE (P.)
Carcinologie ...	SCHAPIRA (G.)		CONTE (M.)
	BOURLIÈRE (F.)		DEROT (M.)
	N...		DOMART (A.)
Chirurg. général	RUDLER (J.-C.), Pr. s. ch. (dét.)	Médecine générale	LAMOTTE (M.)
	ABOULKER (P.)		LAROCHE (C.)
	BARCAT (J.)		MACREZ (C.)
	CAUCHOIX (J.)		MILLIEZ (P.)
	DUBOST (C.)		PEQUIGNOT (H.)
	FAUREL (J.)		RAMBERT (P.)
	FLABEAU (F.)		ROYER (P.)
	GERMAIN (A.)		THIEFFRY (St.)
	GOSSET (J.)		TURIAF (J.)
	LAURENCE (G.)		WOLFROMM (R.)
	LORTAT-JACOB (J.)		N...
	OLIVIER (Cl.)		DEROBERT (L.), Pr s. ch.
	POILLEUX (F.)	Médecine légale .	GAULTIER (M.)
	THOMERET (G.)		HADENGUE (A.)
	VERNE (J.-M.)		N...
	N...		
	N...		

	MM.		MM.
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)	Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.), Pr. s. ch.
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		N...
Neurologie	LHERMITTE (F.)		N...
Obstétrique	GRASSET (J.)	Physiologie	BARGETON (D.), Pr. s. ch.
	LE LORIER (G.)		PARROT (J.), Pr. s. ch.
	LEPAGE (F.)		DEJOURS (P.)
	MERGER (R.)		GOUGEROT (L.)
	MORIN (P.)		N...
Ophtalmologie ..	RAVINA (J.)	Physique méd. .	
	ROBEY (M.)		
Orthopédie	BREGEAT (P.)	Pneumo - Phtisio- logie	KREIS (B.)
	DESIGNES (P.)		PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryn- gologie	JUDET (R.)	Psychiatrie	
Parasitologie ...	AUBRY (M.)	Psychiatrie infan- tile	MICHAUD (L.)
	MADURO (R.)		DELBARRE (F.)
	BRUMPT (L. - C.), Pr. s. ch.	Stomatologie ...	CERNÉA (P.)
	CHABAUD (A.)		CHAPUT (Mme A.)
Pathologie expé- rimentale	N...	Thérapeutique ..	CHASSAGNE (P.)
	LOEPER (J.)		BERRAULT (M.)
Pédiatrie - Puéri- culture	MAURICE (P.)	Urologie	KUSS (R.)
	JOSEPH (R.)		
	MOZZICONACCI (P.)		
	POLONOVSKI (C.)		

III. — PROFESSEURS-AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT :

	MM.		MM.
Clinique chirur- gicale	AMELINE (A.)	Clinique obstétri- cale	MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)	Clinique ophtal- mologique	OFFRET (G.)
	LEGER (L.)		
	PADOVANI (P.)	Clinique pédiatri- que	LAPLANE (R.)
Clinique médic. .	ROUX (M.)		
	DREYFUS (Gilbert)	Clinique psychia- trique	BARUK (H.)
Clinique neuro- rhumatologique	KOURILSKY (R.)		
	DE SEZE (S.)		

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur chargé de la direction de la
bibliothèque Dr. HAHN (A.)

Conservateurs { Mlles DUMAITRE (P.),
GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires { Mme CONTET (J.),
Mlles LAURENT (H.),
LE NOIR (G.),
QUIEVREUX (E.).

A MA FEMME

Avec ma fidèle affection.

A MES FILS

Pour toute la joie qu'ils m'apportent.

A MES PARENTS

A qui je dois mes études médicales,
en témoignage de ma reconnaissance
filiale.

A MES BEAUX-PARENTS

A MES GRANDS-PARENTS

Avec toute ma profonde affection.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LANTUEJOUL

*Professeur de Clinique Obstétricale et
Gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie Nationale de Médecine.
Officier de la Légion d'Honneur.*

Qui nous a accueilli comme interne
à la Clinique Tarnier et nous a inspiré
le sujet de ce travail, pour lequel
il nous a donné d'importantes directives
et de précieux conseils.

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous l'assurons de notre très respectueuse reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. POULIQUEN

Chirurgien des Hôpitaux de Brest.

Membre Correspondant National de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur.

Qu'il veuille bien agréer tous nos remerciements pour l'aide si efficace qu'il nous a donnée. Ce travail tient le plus grand compte de ses publications et n'a pu être rédigé que grâce à ses conseils. Il nous a fourni la majorité des clichés radiologiques. Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MATHIEU

Professeur Honoraire à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie Nationale de Médecine.

Membre de l'Académie de Chirurgie.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a montré le premier tout l'intérêt de cette étude et a bien voulu prendre la peine de revoir ce travail.

Nous l'assurons de nos très respectueux remerciements.

A NOS MAITRES EN OBSTETRIQUE ET
EN GYNECOLOGIE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. LEPAGE

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qu'il soit assuré de notre respectueuse gratitude pour l'enseignement que nous avons reçu comme interne dans son service.

MONSIEUR LE DOCTEUR E. CHOME

Ex-Gynécologue Accoucheur de l'Hôpital de Montfermeil.

La bienveillance qu'il a bien voulu nous témoigner, joint au bénéfice que nous avons tiré de son enseignement au service de l'Isolement de la Clinique Tarnier, lui ont requis un droit à notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. HERVET

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.

En l'assurant de notre respectueuse reconnaissance pour son enseignement et pour les marques de sympathies qu'il nous a toujours prodiguées.

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. LEVY-SOLAL
Professeur Honoraire à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie Nationale de Médecine.
Grand Officier de la Légion d'Honneur.

Dont l'enseignement durant un an
a été une des périodes les plus précieuses de notre externat.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MORIN
Gynécologue Accoucheur de l'Hôpital Bretonneau

MONSIEUR LE DOCTEUR B. JAMAIN
Gynécologue Accoucheur de l'Hôpital Tenon.

Qui ont bien voulu nous accueillir
comme externe et interne dans leur
service.

Qu'ils soient assurés de notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

STAGES :

Monsieur le Professeur LEVEUF
Monsieur le Professeur PASTEUR-VALERY-RADOT
Monsieur le Professeur MATHIEU
Monsieur le Professeur DONZELOT
Monsieur le Professeur Agrégé GATELLIER
Monsieur le Docteur CHEVALLEY

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL
Monsieur le Professeur Agrégé GATELLIER
Monsieur le Docteur MEILLERE
Monsieur le Docteur TARDIEU
Monsieur le Docteur MARQUEZY
Monsieur le Docteur JAMAIN

INTERNAT (faisant fonction) :

Monsieur le Professeur LANTUEJOUL
Monsieur le Professeur Agrégé LEPAGE
Monsieur le Professeur Agrégé MORIN
Monsieur le Docteur JAMAIN

INTRODUCTION

Le fait nouveau dans l'histoire de la lésion dite couramment « Luxation Congénitale de la Hanche » est l'intérêt qu'y portent les obstétriciens.

La luxation congénitale de la hanche est en règle générale diagnostiquée après la marche, et finalement confiée à un chirurgien d'enfant, orthopédiste. Les deux traitements classiques : orthopédique, pour les formes simples réductibles, chirurgical, pour les formes résistantes comportent un pronostic souvent défavorable. Ils sont longs, coûteux, moins dangereux certes depuis l'ère nouvelle de la chirurgie, mais ce qui compte c'est la fréquence de l'ostéochondrite dans les résultats éloignés.

Peut-on reconnaître, au moins dans un grand nombre de cas, la dystrophie originelle dès la naissance ?

Peut-on, alors, entreprendre un traitement simple avec des résultats plus satisfaisants ?

Peut-on, enfin, conserver le terme de luxation congénitale de la hanche chez le nouveau-né ?

Tels sont les points que nous voudrions particulièrement étudier dans ce travail.

Chez le nouveau-né, en effet, le terme de luxation congénitale de la hanche paraît défectueux, car il ne correspondrait pas toujours à la réalité. La hanche serait le plus souvent au stade de préluxation. D'autres parlent de hanche luxable, prédisposée à la luxation, ou plus généralement de hanche dysplasique. Cette diversité de termes n'est, semble-t-il que le reflet de l'incertitude d'évolution dans laquelle se trouve la hanche anormale à la naissance.

En outre, la lésion serait le plus souvent héréditaire.

La question du diagnostic à la naissance a déjà préoccupé les orthopédistes de tous les pays. Nous disposons de moyens cliniques et radiologiques les premiers mis en valeur par ORTOLANI, les seconds par PUTTI.

L'idée même du traitement dès les premiers jours de la vie avait été lancée par FROELICH de Nancy en 1906. Mais, en France, elle fut longtemps oubliée et elle est encore débattue alors qu'elle a pris pied en Italie et dans plusieurs autres pays.

Aussi peut-on, avec E. POULIQUEN, s'indigner de ce retard inexplicable, d'autant plus que tous les auteurs sont d'accord sur les bienfaits d'un traitement le plus précoce possible. Mais ils reprochent à la méthode la difficulté de la recherche des signes cliniques ou de l'interprétation des signes radiologiques.

Nous voudrions montrer que, si la difficulté est certes réelle, la recherche des hanches anormales doit cependant être faite systématiquement dès les premières semaines.

Si ce diagnostic à la naissance est possible, quelle valeur aurait-il ?

Peut-être resterait-il encore des cas non détectés qui donneraient une luxation à la marche. Peut-être même, certains cas détectés et soignés pourraient évoluer vers la luxation ou l'ostéochondrite. Peut-être enfin, y aurait-il des guérisons spontanées.

De fait l'expérience semble bien montrer que le traitement le plus simple, membres inférieurs en abduction, sans plâtre, suffit, en général, à amener la guérison.

Ce traitement, sans danger, efficace et économique présente pour le malade, la famille et la Sécurité sociale le plus grand intérêt.

Or pour que le diagnostic puisse être fait et le traitement entrepris il faut que les obstétriciens, accoucheurs et sages femmes, que les pédiatres soient au courant de la question. Il faut qu'ils connaissent la luxation congénitale de la hanche à son stade le plus précoce et l'intérêt de son dépistage.

Tel est le mobile de cette thèse.

HISTORIQUE

Il faut attendre jusqu'au début du XIX^e siècle pour avoir avec DUPUYTREN (1826) une description clinique de la luxation congénitale de la hanche.

La première réduction sanglante avec succès remonte à 1830 (HUMBERT et JACQUIER) et c'est PRAVAZ en 1835 qui tente la réduction par la méthode orthopédique mais sans que la contention puisse être maintenue.

La fin du XIX^e siècle va permettre avec l'avènement de la radiographie, de mieux connaître la luxation, et avec l'antisepsie de diminuer les gros risques de la chirurgie osseuse à cette époque. Ainsi la réduction sanglante a-t-elle des adeptes en HOFFA (1889) et LORENZ (1892).

PACI en 1894 [74] va mettre à l'honneur la réduction non sanglante à laquelle, deux ans après LORENZ va se rallier en apportant l'attitude en abduction et en réglant le traitement orthopédique.

Le XX^e siècle peut se diviser en plusieurs étapes thérapeutiques :

Dès le début on s'occupe très activement du traitement de la luxation congénitale de la hanche.

« Une des plus belles conquêtes orthopédiques a été la guérison opératoire (c'est-à-dire par plâtre) de la L.C.H. (1) grâce à PRAVAZ, PACI et surtout LORENZ et à HOFFA lorsque fut née la radiographie. Cette méthode a été apportée en France par CABOT, par NOVÉ-JOSSERAND et par moi-même. » FROELICH (Nancy).

(1) L.C.H. : luxation congénitale de la hanche.

C'est en 1906 que FROELICH [34] a pensé au traitement précoce par un coussin maintenu par des bretelles.

Il est très remarquable de voir qu'il préconise le traitement préventif de la L.C.H.

« Dans notre pays, toutes les mères savent maintenant que l'on peut guérir un enfant sans opération (il voulait dire sans traitement par les appareils plâtrés) quand le traitement est commencé dès la naissance. ». Il avait même remarqué que chez les noirs la L.C.H. n'existait pas car les enfants « sont portés à cheval sur le dos de leur mère ».

La conduite de FROELICH suppose donc un diagnostic dès la naissance ou dans les premiers mois de la vie.

Dans sa thèse HOFFMANN (Nancy 1911) [42] développe les idées de FROELICH.

Cependant cette méthode n'est pas adoptée en France. Tous préfèrent la méthode LORENZ. Et, quand vingt ans plus tard, LORENZ et PUTTI vont se disputer la priorité du traitement préventif tombé dans l'oubli, FROELICH leur fera savoir qu'en fait lui seul peut en revendiquer la paternité.

C'est aussi à cette époque (1910) que se situent les premiers travaux de LE DAMANY sur la pathogénie de la luxation congénitale.

De fait seule la *méthode de LORENZ* est alors utilisée : LORENZ commençait le traitement à l'âge de dix-huit mois-deux ans et utilisait des appareils plâtrés avec immobilisation de l'articulation. Il traite donc les enfants à l'âge où, en général, le diagnostic est fait, c'est-à-dire au moment des premiers pas.

Mais l'étude des résultats éloignés montre qu'ils sont loin d'être excellents ; l'ostéochondrite est très fréquente.

Le rapport de LEVEUF en 1939 [56] donnait 25 % de succès seulement. SEVERIN est encore plus pessimiste avec 19,41 % de bons résultats.

I. — Etape chirurgicale.

Les chirurgiens américains et français se tournent alors vers la méthode chirurgicale.

En 1945, LEVEUF crée un centre à Pont-Labbé avec le concours de E. POULIQUEN.

A cette même époque les études arthrographiques de la hanche vont bouleverser en partie les notions considérées comme classiques sur l'anatomie pathologique de la luxation. Ces études sont entreprises par FABER, SÉVERIN et en France par LEVEUF et BERTRAND (1937). Ces derniers [57] publient en 1946 un ouvrage basant leur traitement e'est-à-dire les indications respectives de l'orthopédie et de la chirurgie, sur les données de l'arthrographie :

« J'ai enregistré d'immenses progrès grâce à l'emploi de l'arthrographie et à l'extension des réductions sanglantes » ... « Le diagnostic précoce (il veut dire vers dix-huit mois-deux ans) sur lequel on a beaucoup insisté n'est pas l'essentiel le contrôle arthrographique est tout »... « Les véritables luxations relèvent presque toutes de la réduction sanglante : l'interposition des parties molles, révélée par l'arthrographie, rend impossible toute reposition par manœuvres orthopédiques. Grâce à l'opération d'emblée, la guérison est obtenue sans ces déformations effroyables de la tête du fémur qui sont créées par les manœuvres, intempestives et prolongées d'une réduction orthopédique. » (LEVEUF) [58].

II. — Traitement ultra-précoce.

Cependant E. POULIQUEN, lui, devant la médiocrité des résultats de LORENZ va plutôt chercher à abaisser l'âge du traitement.

En 1943 il fait une communication à l'Académie de Médecine [75] sur « les arguments en faveur du traitement obligatoire de la L.C.H. » la persuasion n'étant pas pour lui suffisante :

« Tous les spécialistes sont d'accord pour dire que plus le traitement est précoce meilleurs sont les résultats. LE DAMANY a toujours été partisan du traitement précoce « dès que l'enfant est propre » quand à FROELICH il est allé beaucoup plus loin en disant qu'il « n'y a pas de limite inférieure à l'âge de l'opération » et il a montré le premier dès 1906 que certaines luxations peuvent être guéries par la simple abduction des cuisses sans appareil plâtré. »

L'obligation n'est pas retenue mais une commission est nommée sous la direction du Pr. MATHIEU qui dans son rapport [64] estime : « qu'avec l'aide des pouvoirs publics, devraient être facilités le diagnostic et le traitement précoces sans limites d'âge inférieur de cette affection, traitement dont les parents ont le devoir de faire bénéficier leurs enfants. »

Cependant il ajoute « Cette dystrophie ne rentre pas dans la catégorie des affections pour lesquelles un traitement prophylactique est possible. »

D'autres que E. POULIQUEN cultivaient la même idée et commençaient le traitement vers l'âge de 4-6 mois. M. LANCE [47] était grand partisan de cette méthode dite précoce. LE DAMANY, SAIGET, LANCE proposent de radiographier les filles dès six mois ; plus tôt, disent-ils, l'interprétation des radiographies de préluxation est difficile.

Les résultats sont certes plus beaux à cet âge mais l'ostéochondrite après l'appareillage plâtré était encore plus fréquente à cause de la grande friabilité de la tête fémorale presque uniquement cartilagineuse à ce stade. C'est ce que P. PETIT a démontré.

III. — Traitement ultra-précoce.

C'est à cause de cette ostéochondrite que E. POULIQUEN se décide à essayer la méthode ultra-précoce employée de plus en plus à l'étranger, surtout en Italie où depuis longtemps (1927) a été organisé le dépistage et le traitement dès les premiers mois de la vie.

La L.C.H. est en effet très fréquente en Italie du Nord. PUTTI [84] (Bologne) puis FRANCHI et ORTOLANI (Ferrare) utilisent cette méthode ultra-précoce et les résultats qu'ils publient sont excellents : ORTOLANI donne les chiffres suivants : sur 1293 cas traités de 1940 à 1951 il a obtenu 1207 résultats excellents ; il n'a observé que 2 % d'épiphyse chez les luxés diagnostiqués dans les trois premiers mois. En 1955 [68] il peut même ajouter avec les années de recul que « les séquelles légères telles qu'une épiphyse peu importante » peuvent s'améliorer progressivement. Il y a donc 90 % de succès. La statistique de 1955 est encore plus éloquente : résultats excellents : 93 %.

ORTOLANI va mettre aussi en valeur le signe du ressaut [73] comme moyen de diagnostic chez le nouveau-né. Il en fait même un signe pathognomonique supérieur en tout cas aux renseignements donnés par la radiographie.

Par contre en France l'accord n'est pas réalisé encore ni sur les avantages des différents traitements ni sur leur moment d'application :

LE DAMANY (1950) [52] critique les traitements chirurgicaux. Il préconise après un premier plâtre un appareil permettant la mobilisation de l'articulation tout en conservant la flexion et l'abduction à 90° comme LORENZ. D'après l'auteur la difficulté du diagnostic de la luxation avant un an permet rarement un traitement à cet âge. En 1952 il insiste davantage sur le traitement à la naissance et sur le caractère nuisible de l'emmaillotage.

E. POULIQUEN, [76] lui, dès 1951 remet à l'honneur la méthode de FROELICH dès la naissance. Il traite les luxations par abduction à 70-80° ; cette abduction est obtenue à l'aide d'un billot ou d'un coussin sur lequel on assoie l'enfant.

En 1954 à la XXIX^e réunion annuelle de la Société Française d'Orthopédie, MÉARY et GOURDON [67] sont chargés d'un rapport sur « la luxation congénitale de la hanche avant 5 ans, résultats et indications thérapeutiques ». Ce rapport fournit une statistique rigoureuse.

basée sur des tests cliniques, radiologiques très précis. Il permet de faire le point. Les indications respectives du traitement orthopédique et chirurgical sont nettement posées. En fait ce point sonne le glas de ces méthodes car les résultats donnés sont peu encourageants. Pourquoi ? Parce qu'il s'agit de traitement entrepris trop tard, ne gardant toute leur valeur que si le diagnostic n'a pas été posé à temps. Les auteurs ne consacrent que peu de lignes au diagnostic et au traitement « avant un an » bien qu'ils en reconnaissent la supériorité.

Par la méthode orthopédique classique ils accusent :

- 30 % de succès
- 35 % d'échecs
- 35 % de douteux

Dans les hanches traitées avant un an, ils ont par contre :

- 32 % de résultats excellents
- 46 % de bien
- 11 % d'assez bien
- 11 % de médiocres

Que préconisent MÉARY et GOURDON ? L'immobilisation courte de 3-4 mois par plâtre pelvi-pédieux, puis des attelles d'abduction laissant la hanche libre. Ils rejettent les positions extrêmes d'abduction et de rotation interne de LORENZ et LANGE qui donnent de gros pourcentages d'ostéochondrite. La chirurgie n'est employée que si la réduction a été impossible par l'orthopédie et surtout devant les données de l'arthrographie qui, pour eux, doit être un examen systématique.

La discussion du rapport en 1955, [68] est tout aussi intéressante. Les résultats publiés sont presque tous établis suivant les critères donnés par MÉARY et GOURDON et aboutissent aux mêmes conclusions. Cependant dans la discussion de nombreux auteurs vont plaider en faveur du diagnostic très précoce « avant un an » suivi d'un traitement immédiat. Citons : CHIGOT, ESTÈVE, FÈVRE, ETIENNE, ROEDERER. Mais remarquons que pour eux avant un an, ne signifie pas du tout dès la naissance.

La présence d'ORTOLANI, par contre, apportera le poids de son expérience du traitement dès la naissance avec sa statistique portant sur 2358 enfants dont 256 seulement étaient âgés de plus de un an. Nous avons déjà donné le pourcentage élevé (93,5 %) d'excellents résultats. Ainsi l'étranger peut opposer des statistiques portant sur des milliers de cas traités dans les premiers mois de la vie, alors qu'en France, des vœux timides sont seulement émis.

E. POULIQUEN est plus formel ; il est nettement de l'avis d'ORTOLANI. Il faudrait dit-il :

« 1° que l'éducation des médecins accoucheurs soit faite au plus tôt et que tout enfant reconnu suspect de luxation de par les signes cliniques ou du fait de l'hérédité soit systématiquement radiographié à la naissance.

2° que l'éducation du public aussi soit faite comme elle l'est en Italie et que l'emmaillotement soit formellement déconseillé. »

Répondant à ses désirs, l'Académie de Médecine va émettre en 1955 un autre vœu proposé par le Pr MATHIEU [66] constatant :

« que la radiographie, sans attendre le début de la marche est la condition du traitement précoce, le plus simple et le moins onéreux, supérieur par ses résultats aux traitements orthopédiques ou opératoires éloignés. Il appartient donc aux pouvoirs publics, Ministère de la Santé, Ministère du Travail, caisses de sécurité sociale et au corps médical, d'organiser ce dépistage précoce, en particulier dans les régions et dans les familles où héréditairement cette redoutable malformation est constatée avec une fréquence particulière. Les instructions nécessaires pour l'éducation pourront être insérées dans le carnet de maternité. »

Cependant aujourd'hui encore on peut voir :

LAFFITE et SUIRE (1956) [45] préconiser le traitement chirurgical. Sur 158 cas (opérés systématiquement

entre 2 et 7 ans) ils ont 75 % de résultats excellents au-dessous de 3 ans, 50 % au-dessus de 5 ans ; et en tout 17 % d'épiphyse.

BERTRAND et GUIAS (1956) [5] critiquer le signe du ressaut :

« Nous ne pouvons souscrire à l'affirmation d'ORTOLANI qui fait du ressaut un signe pathognomonique des hanches luxables. »

Leur conclusion est pessimiste envers la méthode précoce :

1° La malformation luxante, dont le facteur héréditaire est indéniable, n'est pas fixée à la naissance. Elle a un caractère évolutif et est susceptible de s'aggraver secondairement. Elle peut aussi, dans certains cas, n'apparaître qu'au bout de plusieurs mois.

2° Aucun des signes classiques n'est pathognomonique d'une hanche luxable.

3° L'absence de ces signes à la naissance ne permet pas de conclure que l'enfant ne fera pas de luxation plus tard.

4° Le dépistage précoce de la luxation par un examen clinique et même radiologique du nouveau-né est absolument insuffisant. Il faut répéter les examens à plusieurs mois d'intervalles. »

Enfin POUYANNE en 1957 [83] insiste sur les résultats médiocres de la chirurgie, mais ne met pas en relief les heureux effets du traitement dès la naissance. Il conclut :

« Nous pensons qu'il n'y a pas de méthode idéale de traitement initial d'une malformation aussi capricieuse dans son évolution. »

Cette étude serait incomplète si nous n'insistions pas sur le travail fait à l'étranger, en particulier en Italie, où, comme nous l'avons déjà vu, le traitement dès la naissance est pratiqué depuis longtemps. Il faut citer aussi aux Etats-Unis Vernon L. HART, [35] COLEMAN, [13]

en Tchécoslovaquie FREJKA, en Suède ROSEN[86] qui à la même époque que E. POULIQUEN aboutissent aux mêmes conclusions qu'ORTOLANI.

Signalons encore que :

Le Congrès d'Orthopédie de New-York en 1960 sera consacré à la luxation congénitale de la hanche.

Une commission chargée de l'étude de la L. C. H. et placée sous l'autorité du Pr MATHIEU a été créée. Elle comprend actuellement dans ses membres deux accoucheurs. Cette commission vient d'organiser le dépistage de la luxation dans le Finistère.

Ainsi cette étude historique montre les différentes étapes qui ont vu s'abaisser de plus en plus l'âge du diagnostic et du traitement de la L.C.H. pour le situer actuellement au jour de la naissance ou les jours suivants.

Elle montre aussi la médiocrité du traitement orthopédique par les appareils plâtrés. Quant à la chirurgie elle semble donner de meilleurs résultats dans les cas où elle est indispensable mais elle n'a pu jamais donner des résultats parfaits.

Elle montre enfin le retard que possède la France, retard qu'il serait temps de combler si nous voulons opposer des statistiques suffisantes à celles de l'étranger. Ceci est d'autant moins explicable que depuis longtemps les auteurs français reconnaissent que les méthodes tardives même très améliorées dans leurs indications et dans leurs modalités ne leur ont procuré que de précaires satisfactions. Il y a 50 ans en France, FROELICH leur traçait pourtant la voie.

DÉFINITION

Contrairement à ce que l'on pourrait croire la simple définition de la L.C.H. est très difficile. Ce problème n'est pas facilité quand on l'aborde à la naissance c'est-à-dire quand l'articulation n'est pas encore faite.

La luxation est la perte de contact entre les deux surfaces articulaires, tête du fémur d'une part, cavité cotyloïde de l'autre. Mais avant de quitter complètement la cavité cotyloïde, la tête du fémur va présenter une série de rapports créant différents états intermédiaires. Aussi peut-on parler de subluxation quand la tête fémorale reste partiellement en contact avec la surface articulaire du cotyle. LEVEUF, [58] cependant, était d'un avis contraire :

« La subluxation n'est pas un premier degré de la luxation, c'est une affection différente. »

Il s'expliquait ainsi :

« Le fait capital de la luxation est l'interposition entre la tête et le cotyle, de parties molles qui rendent impossible la réduction par manœuvres externes. Le fait capital de la subluxation est la déformation hypertrophique de la tête fémorale et l'éculement de la partie supérieure du cotyle. »

Actuellement les auteurs sont d'accord pour considérer la subluxation comme une des étapes intermédiaires entre la luxation et un état premier connu seulement depuis que l'on s'est attaché à dépister précocement les luxations et qui chez le nourrisson est représentée par la hanche « dysplasique ».

Mais à la naissance peut-on décrire un état anatomique, clinique, et radiologie correspondant à la luxation de l'enfant plus grand ? Sur ce point les opinions sont très opposées et nous nous proposons maintenant de les exposer :

1° MARCEL LANCE [46].

Dans son *Traité de Chirurgie Orthopédique* qui reste en la matière une sorte de Bible critique jusqu'à la dénomination même de la L.C.H. :

« Le terme de luxation congénitale de la hanche est très défectueux, comme le remarquait déjà BOUVIER, car dans cette affection, dans l'immense majorité des cas la hanche n'est pas luxée à la naissance » « Son début est une malformation, une mauvaise adaptation des surfaces articulaires visible à la naissance et qui s'est produite pendant la vie intra-utérine ; cette malformation n'aboutit pas forcément à la luxation : tantôt elle évolue vers le type normal, tantôt elle se traduit par la persistance d'une hanche subluxée, la luxation n'est pas la conséquence que des malformations les plus graves. »

Ainsi est apparu le terme de malformation luxante, ou encore de préluxation (Putti), de hanche luxable (LE DAMANY) et actuellement on a plutôt tendance à parler de hanche dysplasique.

2° LE DAMANY.

Distingue en 1950 [52] :

a) *Les L.C.H. tératologiques et pathologiques*. « rencontrées chez les sujets atteints d'autres difformités ; les sujets affectés de ces formes de luxation sont des monstres ou quelque chose d'approchant. Ces luxations sont causées par une mauvaise position du membre dans l'utérus, ou par un trouble important du développement des muscles de la fesse, ou par une malformation du bassin, ou par une maladie grave de l'articulation. » ... « En général les fœtus porteurs de ces luxations ne sont pas viables. »

b) *Les luxations anthropogéniques*. Il les appelle ainsi « parce qu'elles sont liées à notre développement cérébral, donc à notre élévation intellectuelle. Elles se voient chez des sujets par ailleurs sains et normaux. »

Cependant, LE DAMANY note comme évidentes certaines influences :

— Influence héréditaire et familiale.

— Influence raciale : plus la race est élevée anthropologiquement parlant, plus la L.C.H. y est fréquente (les vétérinaires ignorent la L.C.H. chez l'animal).

— Influence du sexe : 8 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

— Influence de la présentation du siège.

c) Entre ces deux types il peut exister des termes de passage.

En 1952, LE DAMANY [53] précise :

« Il n'y a pas dans la luxation une malformation spécifique, il y a seulement une exagération d'une déformation normale... C'est une question de plus ou moins... Cette déformation est commune à tous les fœtus humains. »

Plus loin il écrit :

« La L.C.H., préparée par des déformations antérieures à la naissance, se fait lentement, progressivement, après la naissance, par le seul fait de l'extension des cuisses volontaire ou forcée. »

3° LAURENCE, 1954 [50] :

« Le terme de luxation congénitale de la hanche perpétue une erreur lourdement préjudiciable à la connaissance et au diagnostic de l'affection. Il entretient une confusion permanente entre la luxation tératologique, réellement congénitale puisqu'elle se constitue in-utéro, mais exceptionnelle, et la luxation anthropogénique post-natale qui est seule fréquente. Mieux vaudrait quant à celle-ci, revenir à la dénomination proposée par Bouchut de luxation spontanée... Ce mot de luxation spontanée me paraît préférable à celui de malformation luxante proposé par LANCE parce qu'il enregistre la constatation sans l'interpréter. Qui dit hanche congénitale malformée évoque l'image d'une articulation faite et défectueuse. Or, l'articulation coxo-fémorale du nouveau-né n'est pas faite, elle est à faire. »

Plus loin il écrit :

« Après COMOLI, après LORENZ je puis affirmer qu'une hanche prédisposée est en réalité une ébauche neutre, malléable, orientable, contenant en germe la possibilité d'une forme parfaite, au même titre que celle d'une luxation. »

4° MÉARY et GOURDON, 1954 [67].

Donnent une définition de type anatomo-clinique. Ils distinguent : des luxations typiques ;
des luxations atypiques.

a) *Luxations typiques.*

1. « A la naissance il n'existe qu'un défaut anatomique mineur de la hanche, constitué par une hypoplasie du noyau de la tête et surtout une obliquité anormale du toit du cotyle. Ces défauts peuvent se corriger spontanément et les hanches devenir normales. Plus souvent ou bien ils persistent sans excentration laissant une hanche dysplasique ou bien sous l'action du tonus musculaire et des premiers pas, l'extrémité supérieure du fémur s'excentre, donnant lieu à une subluxation ou à une luxation. »

2. Chez l'enfant « il est maintenant classique de distinguer trois degrés :

— *hanche dysplasique* : on définit ainsi les formes mineures de la malformation où il n'y a pas d'ascension de l'extrémité supérieure du fémur par rapport au cotyle, donc pas de rupture du cintre cervico-obturateur. Il y a soit une simple excentration externe, soit un défaut de formation du toit qu de la tête, soit encore une anomalie des axes du col.

— *subluxation* : déplacement plus ou moins marqué de la tête du fémur dans une cavité cotyloïde agrandie, au cours de laquelle la surface articulaire de la tête reste partiellement en contact avec la surface articulaire du cotyle.

— *luxation* : déplacement de la tête du fémur en dehors

de la cavité cotyloïde avec perte de tout contact entre les deux surfaces articulaires. »

MÉARY et GOURDON, après cette distinction écrivent cependant :

« On peut étudier ensemble tous les cas avant un an, quelque soit le degré anatomique de la malformation.

On peut déjà voir à cet âge la malformation au stade de subluxation. » (Nous verrons que E. POULIQUEN prétend retrouver tous ces stades dès la naissance et les clichés radiologiques sont là pour le prouver.)

« Beaucoup plus souvent elle (la malformation) n'est encore qu'au stade de dysplasie qu'on appelle alors volontiers préluxation ou mieux hanche luxable du nourrisson. Mais on peut confondre ces différentes formes car elles guérissent facilement et complètement par des moyens thérapeutiques simples. »

MÉARY et GOURDON font aussi intervenir l'arthrographie qui permet la différenciation entre luxation et subluxation et hanche dysplasique.

b) *Luxations atypiques.*

D'après les auteurs il existe une confusion, mais un certain nombre de fait caractérisent ces luxations :

L'enfant naît avec une luxation vraie, alors que dans les formes typiques la luxation n'est que la complication secondaire d'une dysplasie de la naissance : ce sont les luxations tératologiques de LE DAMANY par opposition aux formes banales dites anthropologiques, ou encore les luxations fœtales de PUTTI par opposition aux formes banales dites embryonnaires. Dans ces cas de luxations atypiques la luxation n'est qu'un élément d'une polymalformation.

Les auteurs constatent cependant en terminant que toutes les formes de transition peuvent se rencontrer ; il y a des luxations hautes ayant en elles-mêmes tous les caractères des luxations atypiques mais sans malformations associées.

5° BERTRAND et GUIAS, 1955 [5].

Ils donnent eux aussi une classification basée sur les données de l'arthrographie :

- hanche dysplasique
- subluxation
- luxation
- formes intermédiaires

Ils conseillent d'avoir recours à l'arthrographie même chez le nourrisson.

6° E. POULIQUEN.

Il distingue :

- a) *Les luxations tératologiques ;*
- b) *Les luxations qui se sont complétées avant la naissance ;*
- c) *Les luxations qui se forment après la naissance.*

« En réalité, dit-il, souvent l'enfant naît luxé. »... « La luxation peut être vraie ou bien l'on peut avoir affaire à une subluxation ou plus simplement encore la hanche dysplasique peut n'être qu'instable, luxable, en état de subluxation, et les signes, bien entendu, varient suivant les formes. » [80].

Ainsi, d'après E. POULIQUEN :

— avant la naissance, il y a des luxations ou des subluxations isolées qui compliquent ou non des dysplasies. Ce sont les véritables « luxations congénitales » (éthymologiquement : « qui naît avec »). De même existent les luxations tératologiques. En fait il n'y a pas de frontière entre les deux groupes.

— quant aux « hanches dysplasiques » elles sont à rapprocher des luxations anthropologiques, dont le caractère héréditaire est évident et qui, elles, peuvent se compléter après la naissance.

Toutes ces discussions ont certes un grand intérêt sur le plan étiopathologique, mais, en fait, ce qui importe uniquement c'est qu'une fois éliminées les luxations

tératologiques, très rares et sans avenir, les autres lésions « congénitales » de l'articulation de la hanche seraient curables, c'est-à-dire sans conséquences ultérieures, à la condition essentielle de les diagnostiquer de suite après la naissance.

Il est d'ailleurs possible sinon tout à fait probable, que ces lésions congénitales peuvent revêtir divers aspects, en particulier, comme le veut POULIQUEN être parfois de véritables luxations ou bien être simplement des hanches luxables, ou bien présenter tous les intermédiaires anatomiques entre ces deux états.

L'important pour l'accoucheur est de savoir qu'il existe une hanche vraisemblablement anormale.

ETIO-PATHOGENIE

Déjà entrevues dans le chapitre précédent, les notions étiologiques et pathogéniques étudiées en particulier par LE DAMANY méritent d'être approfondies.

I. — Etiologie.

Malformation congénitale la plus fréquente, la luxation congénitale de la hanche atteindrait en France 3 habitants pour mille (LE DAMANY) ainsi qu'en Allemagne (ISIGKEIT) et en Italie 2 pour mille (PUTTI).

A la naissance, les lésions sont le plus souvent bilatérales ; les deux hanches étant atteintes mais parfois à des degrés différents. Plus tard par suite de la guérison spontanée d'un côté, la proportion des lésions unilatérales augmente.

L'affection atteint la fille 7 à 8 fois plus souvent que le garçon.

Le rôle de l'hérédité est indiscutable. Non pas tant l'hérédité directe plus rare, que l'hérédité familiale, difficile à établir car les parents ne veulent pas où ne pensent pas à la signaler au médecin. Et nous verrons que cette enquête est fondamentale : la recherche des signes de la L.C.H. n'étant pas systématique à la naissance, l'accoucheur ou le médecin se doivent au moins d'examiner dans ce sens les enfants pour lesquels une hérédité directe ou familiale, collatérale, peut être retrouvée.

Aussi important est le facteur racial et plus encore celui de la répartition géographique :

Pratiquement inconnue dans les races noire et jaune, la L.C.H. se voit principalement en Europe ; France, Italie, Allemagne, Autriche ; elle est plus rare en Angleterre, Suisse, Pays Scandinaves et aux Etats Unis.

Mais à l'intérieur même d'un pays, il existe une répartition constante. Ainsi en France la Bretagne puis la Vendée, le Plateau Central, Le Morvan, le Nivernais, le Bourbonnais, la Touraine, l'Anjou, les Landes, les Pyrénées-Orientales, les Basses-Alpes sont les régions où la proportion est la plus grande. Plus frappante encore est l'existence de véritables « nids » de luxation. La DAMANY cite Lanvallon avec un luxé sur 77 habitants, Pleven un sur 63, Vannes etc..

A la frontière de l'étiologie et de la pathogénie nous retiendrons deux faits :

a) *L'influence de la présentation du siège :*

LE DAMANY [52] retrouve cette présentation chez un luxé sur 8. « Or, les statistiques des accoucheurs nous apprennent qu'elle est, dans l'ensemble, de un pour 32 accouchements. Les enfants qui naissent par le siège sont donc 4 fois plus exposés que les autres à la luxation. »

Actuellement tout enfant naissant en présentation du siège, surtout du siège décomplété chez la primipare doit être examiné à la naissance et dans les jours qui suivent : examen clinique et radiologique sur lesquels nous reviendrons.

b) *La présence d'autres malformations.*

Non pas les malformations qui font de ces enfants des monstres non viables mais celles plus intéressantes compatibles avec la vie, par exemple les malformations des membres inférieurs : pieds plats, pieds bots, talus valgus ou encore torticolis, etc..., chez lesquelles on retrouve cette influence de la position intra-utérine du fœtus. Des radiographies du bassin sont formellement recommandées dans tous ces cas par les orthopédistes (LAURENCE) à la

recherche de l'éventuelle association d'une luxation de la hanche.

C'est dire qu'il ne faut pas rassurer trop vite des parents ou traiter d'une façon trop simpliste de telles malformations avant d'éliminer la luxation.

II. — Pathogénie.

De toutes les théories émises, nous en retiendrons surtout deux : la théorie anthropogénique édifiée par LE DAMANY, et la théorie de défaut ou de l'arrêt de développement.

Quant à la *théorie traumatique*, comment faut-il la concevoir ?

« Contrairement à l'opinion de SAINTON, la hanche normale du fœtus humain est malgré ses défauts solide et difficile à luxer. » (LE DAMANY).

E. POULIQUEN [81] a cependant publié un cas de luxation traumatique au cours d'un accouchement par le siège n'ayant exigé aucune manœuvre laborieuse de la part de l'accoucheur. La radiologie avait montré des hanches normales. L'explication de cette luxation acquise peut se trouver dans l'extrême laxité capsulaire créée au cours de la vie intra-utérine du fait même de la présentation du siège, le fémur étant en hyperflexion surtout dans le mode décomplété. BRODHURST avait déjà émis cette opinion.

De ce fait les accouchements difficiles en particulier dans le siège, sont facteurs de fractures et non de luxations qui sortent de toute façon du cadre de ce travail. Le cas précédent rejoint bien plus le traumatisme intra-utérin, c'est-à-dire l'influence qu'exerce l'utérus sur le fœtus. Normalement, nous le verrons, cette influence est néfaste. Si le fœtus se trouve en présentation du siège, du fait de sa position, les défauts peuvent se trouver exagérés. Encore faut-il dans la présentation du siège bien distinguer la primipare de la multipare. Chez celle-

ci en effet, la position en siège très souvent d'ailleurs momentanée, dans un utérus vaste moins tonique, ne nous semble pas susceptible de créer de son seul fait une « luxation ». Par contre, chez la primipare, nous savons que la présentation du siège peut être imposée par un utérus plus ou moins étriqué, cylindrique voire malformé et on peut concevoir facilement l'influence nuisible exercée dans ce cas par la paroi utérine.

Ainsi dans le cas de la présentation de siège, on peut individualiser deux cas paraissant s'opposer :

a) Comme le veut POULIQUEN, traumatisme obstétrical au cours de l'accouchement avec hanche radiologiquement normale, mais luxation « traumatique ou acquise », mise en évidence par le signe du ressaut.

b) Les malformations qui ne sont que l'exagération d'une déformation normale du fait même de la position en siège. Nous y reviendrons.

La théorie anthropométrique et anthropologique repose sur 3 faits :

- absence absolue de la L.C.H. chez les animaux ;
- rareté chez la race noire et les peuples menant une vie primitive ;
- prédominance du sexe féminin.

Le DAMANY donne comme explication : l'attitude « homo erectus » c'est-à-dire fémur en extension sur le bassin, qui loin d'améliorer les rapports, tête cotyle, en pérennise les défauts après la naissance. Cette attitude est malheureusement ancestralement imposée à l'enfant dès sa naissance par l'emmaillotage.

Quant aux facteurs ethnologiques cités par LE DAMANY tenant à l'importance prise chez l'homme par le développement du cerveau donc du crâne, ses répercussions sur le bassin féminin, par conséquent sur les fémurs pour expliquer la plus grande fréquence de la luxation chez la femme, tout ceci est discutable. (LANCE) (46). Cette

théorie met en évidence le facteur plus héréditaire que congénital de ces luxations.

Plus intéressante est la théorie du défaut ou de développement :

Il se produit aux diverses périodes de la vie intra-utérine, surtout dans les derniers mois, un arrêt de développement qui constitue un défaut de la hanche, défaut pouvant être aggravé par certaines positions intra-utérines du fœtus (siège).

Du fait de son bassin large et de la longueur de ses fémurs, le fœtus humain, à l'aise au début de la grossesse va se trouver ensuite gêné dans l'utérus et va replier ses membres inférieurs : il se pelotonne. Il en résulte (LE DAMANY) (52), sous l'action de la paroi utérine agissant sur le fémur comme un système de levier : un écartement, une torsion du fémur, bref une maladaptation des deux surfaces articulaires ; la cavité cotyloïde non sollicitée par la pression de la tête du fémur va perdre de sa profondeur. De là, tous les degrés d'anomalies rencontrées à la naissance ; c'est le phénomène capital. On peut en déduire les conséquences thérapeutiques simples, physiologiques, tendant à recréer les rapports normaux de cette articulation qui ne demande qu'à se reformer. C'est la base même de cette orthopédie potentielle dont parle LAURENCE,

Ainsi :

1. — Ces théories au lieu de s'opposer vont tout au contraire se compléter : facteur héréditaire, racial, théorie anthropologique, préparent le terrain à la théorie « congénitale » du défaut acquis durant la vie intra-utérine, la position en présentation du siège favorisant le plus ces déformations.

2. — Quant aux malformations de la hanche, elles représentent une chaîne ininterrompue de types de gravité variable (LANCE) :

Si la malformation survient avant le 3^e mois c'est la malformation embryonnaire, luxation complète hors du cotyle avec bien souvent d'autres malformations compatibles ou non avec la vie.

De manière constante, dans les derniers mois de la vie intra-utérine et à la naissance, il existe un défaut de la hanche humaine qui peut évoluer de trois manières :

Soit se corriger spontanément après la naissance.

Soit persister et s'accroître créant la hanche luxable par retard de développement normal ; retard pouvant se corriger spontanément avant la marche :

— si la correction est normale on obtient une hanche normale ;

— si la correction est incomplète l'évolution se fait vers la subluxation ;

— si la correction n'a pas lieu, la hanche luxable se transforme peu à peu en luxation véritable.

3. — Plus rarement le défaut est tel qu'il s'agit déjà d'une hanche subluxée et même luxée (POULIQUEN).

4. — Plus rares aussi sont les luxations acquises, chez lesquelles on ne retrouverait pas les déformations décrites dans les hanches luxables.

L'ARTICULATION DE LA HANCHE NORMALE ET PATHOLOGIQUE CHEZ LE NOUVEAU-NE

Variations des rapports coxo-fémoraux selon l'attitude du membre inférieur.

La hanche du nouveau-né présente normalement des déformations. Tous les auteurs admettent que la hanche est ainsi construite à la naissance qu'il suffit comme le dit LE DAMANY « d'un degré de plus ou de moins » pour passer du défaut à la malformation, c'est-à-dire du normal au pathologique.

L'étude des rapports coxo-fémoraux selon l'attitude des membres inférieurs permet par ailleurs de comprendre comment une attitude incorrecte peut favoriser une luxation et à fortiori la stabiliser si elle existait à la naissance.

I. — Anatomie descriptive d'une hanche normale.

La cavité cotyloïde agrandie, surtout en arrière, par le sourcil cotyloïdien constitue une calotte sphérique regardant en dehors et en avant. Elle a une profondeur de 0,7 cm. et un diamètre de 1,8 cm. Le rapport profondeur/diamètre est égal à $2/5$.

Le sourcil cotyloïdien est plus important en arrière où il mesure 3 mm. Partout ailleurs il mesure 2 mm.

La tête fémorale est grossièrement sphérique. Elle regarde en dedans, en haut et en avant, par suite de la torsion fémorale que crée l'antéversion du col. Son diamètre antéro-postérieur est de 1,6 cm. et son diamètre vertical de

1,7 cm. *La tête fémorale est environ deux fois plus volumineuse que n'est profonde la cavité augmentée du sourcil.*

La capsule réalise dès la naissance un moyen solide de contention. Très épaisse en avant, 2 mm., elle est plus faible partout ailleurs : 1,5 mm. en haut et en arrière, 1 mm. en bas.

II. — **Adaptation des surfaces articulaires** (d'après Le Damany (52)).

La hanche du nouveau-né normal présenterait deux défauts :

a) LA TORSION DU FÉMUR EN AVANT.

Cette antéverson serait de 35° à la naissance alors qu'elle est nulle chez un fœtus de quatre mois et qu'à l'âge adulte elle n'est plus que de 12°. Cette antétorsion serait plus forte chez la femme et plus prononcée à droite.

« La torsion est due aux inconvénients de l'adaptation de la forme du fœtus humain à la forme ovoïde de la cavité utérine maternelle. »

b) LA DÉFORMATION DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.

« La cavité cotyloïde perd une partie de sa profondeur pendant le dernier tiers de la vie fœtale. Après la naissance cette profondeur augmente à nouveau.. Jusqu'au 6^e mois de la vie dans l'utérus la profondeur du cotyle est égale, et invariablement égale, à la moitié de son diamètre. C'est donc une demi sphère creuse. Mais durant les 3 derniers mois de la gestation, sa profondeur diminue beaucoup. Chez le nouveau-né normal elle n'est qu'une calotte sphérique ; sa profondeur moyenne ne dépasse pas les 4/10^e de son diamètre. »

Cette diminution de profondeur s'expliquerait par la diminution de la pression de la tête sur la cavité cotyloïde.

A ces deux défauts qu'il attribue à la maladaptation du fœtus dans la cavité utérine, LE DAMANY en a ajouté un troisième :

c) LA MAUVAISE ORIENTATION RÉCIPROQUE
DES SURFACES ARTICULAIRES.

A l'orientation en haut, en dedans, et en avant de l'extrémité supérieure du fémur va s'opposer l'orientation en dehors et en avant de la cavité cotyloïde. Cette inclinaison en avant du cotyle serait de 20° (chiffre à peu près fixe à tous les âges) et s'ajoute à l'antéversion du col (35° à la naissance). Elle serait due à la station bipède de l'homme, qui redresse à l'excès le bassin.

Ainsi l'antéversion du col, l'aplatissement du cotyle, les mauvaises adaptations des surfaces articulaires réalisent des défauts communs à toutes les hanches des nouveau-nés.

« Il existe donc au début de la vie un stade d'incongruence articulaire. » (CHEYNEL.) [12].

III. — Adaptation des surfaces articulaires en fonction de l'attitude du membre inférieur.

Sur un sujet *normal*, hanche disséquée, l'articulation a été étudiée dans trois positions de la cuisse.

a) Dans la position « *homo erectus* » le membre inférieur étant en extension et adduction la coaptation est très mauvaise. (Fig. 1.)

b) Si on fléchit la cuisse sur le bassin, la coaptation est meilleure. Cependant à l'arrière la tête fémorale reste très à découvert. (Fig. 2 et 3.)

c) Si on ajoute à cette flexion une abduction de 60° à 70°, on réalise une coaptation parfaite de la tête et du cotyle. (Fig. 4 et 5.)

Dans le mode habituel d'habillement du nouveau-né les membres inférieurs et surtout les cuisses, sont en



Fig. 1. — Articulation de la hanche gauche, cuisse en extension, adduction.

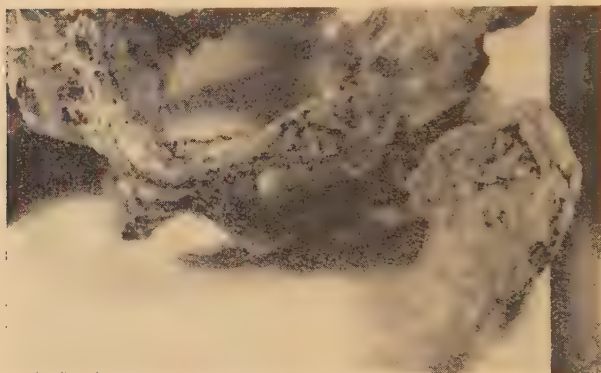


Fig. 2. — Articulation de la hanche gauche, cuisse en flexion, adduction (vue antérieure).



Fig. 3. — Articulation de la hanche gauche, cuisse en flexion, adduction (vue postérieure).

extension et adduction. C'est la position la plus regrettable :

La coaptation des surfaces articulaires est la plus mauvaise.

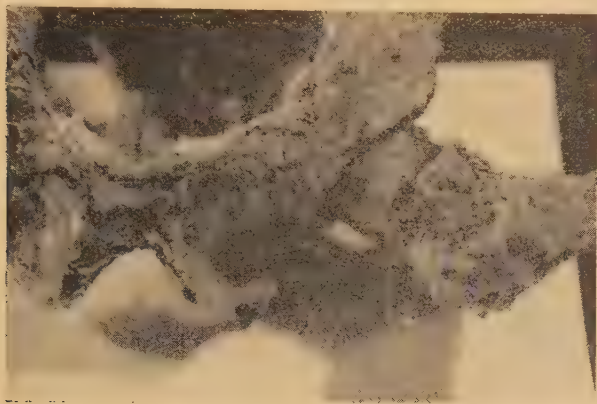


Fig. 4. — Articulation de la hanche gauche, cuisse en flexion, abduction (vue antérieure).



Fig. 5. — Articulation de la hanche gauche, cuisse en flexion, abduction (vue postérieure).

IV. — Hanche pathologique : lésions rencontrées à la naissance.

Exagération des déformations précédentes à différents degrés, il apparaît, comme nous l'avons déjà dit que la distinction entre hanche luxable et luxation tératolo-

gique paraît théorique « et quelque peu contestable » (LANCE).

On se trouve en présence d'une seule malformation ayant une gravité variable.

a) DANS LA HANCHE LUXABLE

Le défaut capital réside en une cavité cotyloïde encore plus plate que normalement, avec diminution de la saillie du bourrelet cotyloïdien en avant et en haut. Le cotyle tend à s'agrandir vers le haut.

FABER a démontré que le caractère « cotyle plat » se transmet suivant les lois mendéliennes de la dominance.

La tête fémorale est plus petite que normalement ; il y aura d'ailleurs un retard dans l'apparition du noyau d'ossification comme nous le verrons à la radiographie.

L'angle d'antéverson peut atteindre 40° à 60° , tandis que le plan d'ouverture du cotyle est très oblique en avant.

b) SUBLUXATION, LUXATION.

Dans ces cas il y a une dislocation, plus ou moins prononcée de la hanche avec déplacement de l'extrémité supérieure du fémur en haut et en dehors.

Le cotylè est très oblique, agrandi, sans talus. POULIQUEN a noté à la naissance l'existence de néo-cotyles typiques à la radiographie et sans malformations associées.

L'arthrographie a montré que dans les « subluxations le limbus reste au-dessus de la tête et se trouve refoulée en haut et en dehors vers la fosse iliaque. Dans les luxations le limbus est sous-jacent à la tête qui le refoule en bas et en dedans vers le cotyle. (MEARY et GOURDON.)

c) LUXATIONS TÉRATOLOGIQUES.

Ces luxations s'accompagnent très souvent d'autres malformations en particulier spina bifida,, pieds et mains bots, angiomes,

Il s'agit de luxations vraies ; fémur et cotyle semblent n'avoir jamais eu de contact ; les déformations sont variables ; les parties molles présentent une atrophie considérable.

Si dans ces hanches pathologiques et en particulier dans les hanches douteuses, prédisposées à la luxation, nous plaçons les cuisses en extension, serrées l'une contre l'autre nous réalisons une coaptation aussi mauvaise que possible des surfaces articulaires ; c'est favoriser au maximum une luxation secondaire.

Placer au contraire les cuisses du nouveau-né en flexion et abduction, c'est mettre au mieux la tête fémorale en rapport avec le centre du cotyle. Celui-ci s'approfondit normalement, ainsi qu'il a été vu, et le processus s'opère alors que la tête fémorale n'est nullement sollicitée de s'en écarter.

En conclusion :

De cette courte étude anatomique il semble bien démontré qu'il y a tout intérêt à mettre les membres inférieurs du nouveau-né dans une attitude d'ailleurs naturelle de flexion et d'abduction.

L'attitude en extension et adduction forcée déjà incorrecte dans la hanche normale est dangereuse dans la hanche pathologique, c'est-à-dire dans une hanche ayant une tendance naturelle à la luxation. Elle conduit à la luxation confirmée dont le diagnostic sera fait trop tard au moment des premiers pas.

Bien au contraire, l'attitude en flexion et abduction permet un développement correct de la cavité cotyloïde et l'établissement de rapports normaux entre la tête et cette cavité.

DIAGNOSTIC A LA NAISSANCE

SIGNES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES

La médiocrité des thérapeutiques entreprises trop tardivement rend évident la nécessité du traitement dès la naissance dont la supériorité ne fait plus aucun doute.

Pourquoi ne s'est-on pas attaché davantage au diagnostic à cette période ? Nous y voyons deux raisons principales. Tout d'abord on a mis longtemps à en comprendre l'intérêt, la méthode de LORENZ semblant donner satisfaction. Puis des critiques ont été émises sur la valeur même des signes cliniques, sur leur difficulté de recherche surtout et sur l'interprétation trop délicate et nuancée des clichés radiologiques.

Ces arguments ne tiennent pas quand on les compare aux résultats positifs obtenus par ORTOLANI au moyen de la seule clinique et cela d'après une expérience de 20 années.

D'autres ont fait de la radiographie, sous réserve de conditions techniques excellentes, un apport complémentaire suffisant dans les cas cliniquement douteux.

Il y a certes un entraînement et l'expression « toucheur de hanches de nouveau-né » si imagée en elle-même est la réponse à ces critiques. Ce n'est qu'en examinant inlassablement les hanches des nouveau-nés que le médecin, le pédiatre, l'accoucheur pourront dépister ces hanches douteuses, luxables, de même qu'ils arriveront à interpréter les radiographies.

Il nous semble trop simpliste d'éliminer, du fait de sa difficulté, un problème si important. Rester fidèle aux anciennes méthodes serait incompréhensible et pourrions-

nous dire avec LAURENCE [50] qu' « après avoir récusé le mot congénital, récusé aussi le mot spontané, il faudra dire à l'image des avortements, luxation criminelle. »

Il est bon tout d'abord de rappeler les cas devant mettre particulièrement en éveil l'accoucheur et l'inciter à un examen complet, clinique et radiologique.

1. — Une hérédité directe certes mais encore plus peut-être familiale, collatérale.
2. — L'accouchement en présentation du siège.
3. — L'existence d'une ou plusieurs malformations.
4. — L'existence enfin de signes tels un membre plus court, une inégalité des plis cutanés de la face interne des cuisses etc. témoins déjà d'une dysplasie plus grave, type luxation ou subluxation.

A — Signes cliniques.

I. — Le signe du ressaut.

C'est le signe majeur, capital sinon pathognomonique comme le prétend ORTOLANI. Sa découverte est du plus haut intérêt. (DÉTRIE)[20].

Net à la naissance, il faut savoir qu'on peut ne pas le trouver au premier examen, d'où la nécessité de le rechercher les jours suivants, et qu'il disparaît généralement vers le 3^e-4^e mois « soit que la rétraction musculaire empêche la luxation provoquée, soit que la hanche s'étant luxée, sa réduction devient difficile » (DÉTRIE).

TECHNIQUE DE RECHERCHE.

L'enfant nu, couché sur le dos, sur un plan dur, l'opérateur se place en face de lui et ne doit en aucun cas exercer une manœuvre de force.

On peut procéder de deux manières qu'il nous a paru important de bien séparer. Les renseignements donnés

sont en effet de valeur assez différente. Nous prendrons à ORTOLANI [71] et à LE DAMANY [52] l'essentiel de leur description.

Première manière : par la simple abduction.

L'enfant est couché, les membres inférieurs étendus, rotule au zénith ; chaque main tient un genou entre le pouce et l'index, et le porte en attitude de flexion, si bien que le tibia avec le fémur comme le fémur avec le plan du lit fait un angle droit. On commence alors un lent mouvement d'abduction des genoux en poussant légèrement avec le majeur le grand trochanter en dedans. L'abduction est au premier abord facile, mais ensuite légèrement entravée. Cet obstacle est néanmoins très facilement vaincu pendant qu'on a la sensation d'un ressaut parfois doux, léger et court, parfois dur, brusque et large. Cette manœuvre se fait alternativement d'un côté puis de l'autre.

Nous estimons avec POULIQUEN que le ressaut ainsi perçu après simple abduction est le témoins d'une luxation anatomique vraie.

Deuxième manière.

LE DAMANY et la plupart des auteurs français et étrangers (DÉTRIE, [20] COLEMAN [13], etc., ce dernier se plaçant derrière l'enfant) décrivent un premier temps à cette manœuvre :

La cuisse est fixée comme il est déjà dit puis portée vers l'adduction pendant que la pulpe du pouce propulse légèrement de dedans en dehors l'extrémité de cette cuisse, pendant que la commissure du pouce appuie sur le genou. « Si la hanche est subluxeable on sent une secousse due à la subluxeation de la tête fémorale, parfois on ne sent rien, pas plus que chez les sujets normaux. » Puis il est procédé comme nous le disions plus haut. (Fig. 6).

Dans ce cas le ressaut ne fait que traduire une luxation

provoquée et réduite. On peut percevoir un double déclic au moment de la sortie de la tête puis de sa rentrée dans le cotyle. *Le ressaut est alors le témoin d'une hanche luxable et non plus d'une luxation.*

Nous pensons qu'il est assez capital d'établir cette nuance pour le traitement.

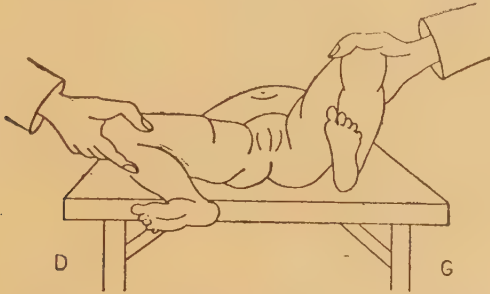


Fig. 6. — Recherche du signe du ressaut.

Cette manœuvre est-elle douloureuse ? Il est bien difficile de l'affirmer. En général elle réveille des cris à l'enfant et E. POULIQUEN nous signalait que certains de ses luxés lui avaient été amenés par des parents ayant remarqué au cours de la toilette de leur bébé, que certains mouvements réveillaient chez eux des cris anormaux. Il y en a même qui avaient ressenti ou entendu des « craquements » véritable ressaut découvert par un profane ! car le ressaut peut parfois être perçu, *sensation audible autant que tactile.*

La valeur de ce signe est très grande : ORTOLANI [73] n'a jamais vu de luxation survenir chez des sujets pour lesquels la recherche de ce signe avait été négative. Inversement chez presque tous les enfants présentant un ressaut et pour lesquels les parents n'avaient pas suivi les recommandations données, une luxation a dû être traitée ultérieurement. Il a même pu vérifier anatomiquement sur une cinquantaine de bassins que des hanches chez lesquelles il avait trouvé cliniquement un ressaut étaient atteintes de malformations à des degrés divers.

Cependant il est des cas où le signe de ressaut peut manquer :

« Précisément lorsque la malformation est grave et avancée, ou lorsque la cavité cotyloïde est trop petite et atrophique en comparaison de la tête qui se trouve pour cela, empêchée d'y entrer, ou à la fin lorsque le déplacement est déjà considérable, et que le retour dans la cavité ne pourrait s'obtenir qu'avec une manœuvre forcée de réduction vraie et propre. » (ORTOLANI) [71].

On attache tout autant d'importance lorsque le ressaut n'est pas perçu à une résistance rencontrée quand on veut mettre les cuisses en abduction. *Cette limitation de l'abduction*, cette raideur anormale constituent à eux seuls un signe clinique de pré ou de subluxation, qui impose comme pour le ressaut un cliché radiologique et un traitement.

D'ailleurs ORTOLANI [71] signale que dans ces cas « très rares où le déplacement est déjà discret et où la hanche semble bloquée par un degré considérable de limitation de l'abduction, il suffit de provoquer progressivement l'abduction avec de simples moyens (transport à cheval sur le côté), pour faire rentrer la tête dans le cotyle et de rendre décelable le signe. »

II. — Signes de laxité articulaire.

« Il existe de manière constante des signes traduisant l'élongation capsulaire qui est indispensable à créer la hanche luxable et la luxation. » (LANCE) [46].

Nous retiendrons :

a) *Le signe de GOURDON* :

Possibilité de mettre le membre en rotation interne exagérée ou en rotation externe (M. LANCE). L'ensemble de l'arc de cercle que l'on peut ainsi faire décrire au pied (qui est de 90° chez l'enfant normal, bassin bien fixé)

peut atteindre de 140° à 200°. Cet examen ne s'accompagne d'aucune douleur.

b) Le signe du croisement de NOVÉ-JOSSERAND :

L'adduction peut être portée au-delà de la limite normale, la cuisse venant au contact du pli de l'aîne du côté sain. Ce signe s'oppose à la limitation de l'abduction.

c) Le signe de DUPUYTREN :

Obtenu en refoulant le fémur vers le haut puis en tirant vers le bas : on note un allongement du membre. Il peut s'accompagner d'un ressaut ; cette manœuvre est douloureuse et arrache des cris à l'enfant, (par exemple quand la mère tire sur les jambes pour emmailloter son enfant).

III. — Autres signes cliniques.

Ils sont rarement rencontrés car témoins d'une luxation, encore faut-il qu'elle soit unilatérale !

a) Raccourcissement du membre inférieur :

Parfois net le plus souvent discret (5 à 10 mm.) il faut pour le mettre en évidence, examiner l'enfant sur un plan dur, cuisses à angle droit sur le bassin, jambes à angle droit sur la cuisse ; un des genoux reste au-dessous du niveau de l'autre.

b) Sillons de la face interne des cuisses ne concordant pas :

C'est le *signe de PETER BADE*. Le nouveau-né possède un ou deux sillons sur chaque cuisse ; en cas de luxation ces sillons ne concordent pas.

c) Inégalité de hauteur des plis fessiers :

Ces deux derniers signes sont parfois visualisés sur les clichés radiographiques, membre inférieur en extension.

d) Obliquité de la fente vulvaire :

Au lieu d'être verticale, la fente vulvaire regarde vers la cuisse. Si, en tirant le pied correspondant, la fente se verticalise c'est qu'il y avait un léger raccourcissement ou une légère adduction (LANCE).

(e Hanche malade plus saillante :

Les manuels d'orthopédie décrivent encore d'autres signes cliniques, en particulier sur la position de la tête fémorale, du grand trochanter. Difficiles à rechercher chez le nouveau-né même luxé, nous préférons pour ne pas surcharger inutilement ce travail ne pas en parler.

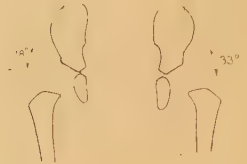


Fig. 7. — Exemple de radiographie mal centrée, difficile à interpréter (calque). Luxation bilatérale probable (signe du ressaut bilatéral, hérédité)

B — Signes radiologiques.

Sans vouloir entrer dans les nombreuses discussions sur la primauté de l'examen radiologique, ou sur ses

insuffisances nous voudrions insister avant tout sur les conditions techniques. Un mauvais cliché, en effet, est difficile à interpréter. (Fig. 7) On nous objectera que l'on ne peut soumettre le nouveau-né sans risque ultérieur à des radiations répétées jusqu'à l'obtention d'un cliché correct. En radiologie, comme pour la recherche du signe du ressaut, la technique ne peut s'acquérir qu'avec une



Fig. 8. — Enfant B... Radiographie prise à la naissance avec l'appareil fixateur de Pouliquen. Subluxation gauche.

certaine habitude. Pour les débutants, la grande difficulté est de bien placer l'enfant et de l'immobiliser. Pour cela il serait intéressant de posséder des appareils fixateurs. E. POULIQUEN en essaie un actuellement. (F)

Le cliché doit être pris exactement de face. Il intéressera le bassin en entier et les fémurs jusqu'aux genoux. (Cette dernière notion nous a été récemment précisée par le D^r. POULIQUEN et nous verrons qu'elle a son impor-

tance.) L'enfant est maintenu sur le dos, membres inférieurs en extension, cuisses parallèles, rotules au zénith. Il ne faut pas maintenir l'enfant (bien que ce soit plus pratique) les genoux rapprochés car l'adduction ainsi créée produit un écartement au niveau des têtes fémorales et fausse la lecture du film. Pour obtenir du nouveau-né une meilleure immobilité nous utilisons un moyen bien simple, la tétine d'un biberon par exemple : en général l'enfant cesse ses cris et ne se débat plus.

Un cliché est correct quand la surface représentée par les deux palettes iliaques est rigoureusement identique et quand la droite passant par le sommet des deux crêtes iliaques est horizontale. Le bassin est ainsi d'aplomb.

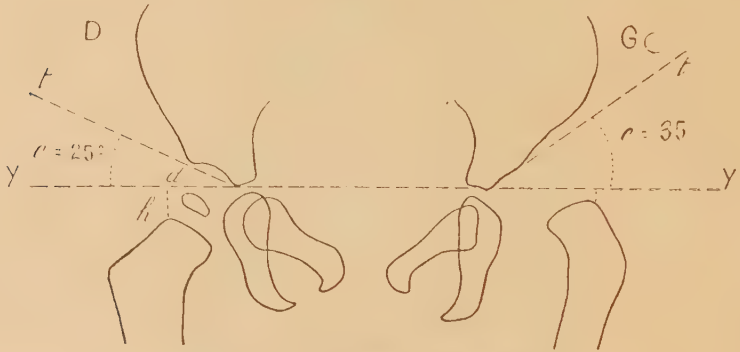


Fig. 9. - Schéma d'Hilgenreiner.

Nous avons pris l'habitude dans les cas non évidents de faire un calque du film sur lequel nous traçons les lignes suivantes (selon le schéma (d'HILGENREINER) : (Fig. 9).

1° La ligne des « Y » passe par le fond du cotyle au niveau du point inférieur osseux du toit. (Fig. 10)

2° Les lignes « T » passent par les points supérieurs et inférieurs de ce toit.

3° L'angle « a » entre la ligne des Y et la ligne T est appelée angle cotyloïdien ou index acétabulaire.

4° On y ajoute une troisième ligne : la ligne P de PERKINS perpendiculaire à la ligne des Y, passant par le

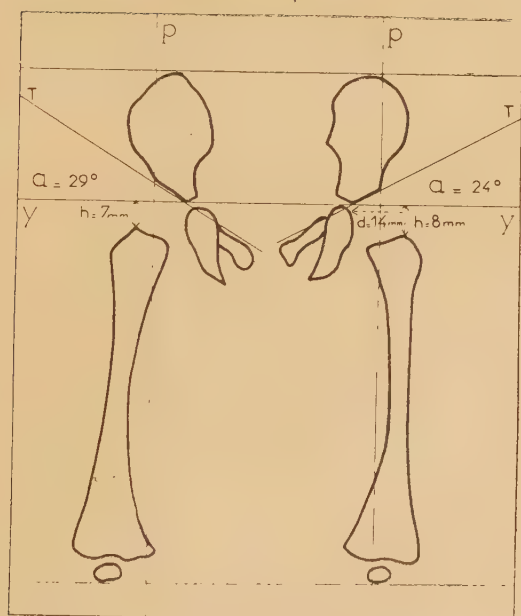


Fig. 10. — Radiographie d'un bassin normal. Calque avec les repères radiologiques.

points supérieur « A » du toit (Fig. 7 et 10 d'après le schéma de COLEMAN) [13].

5° « h » est la distance entre la ligne des Y et la partie la plus haute de l'extrémité supérieure du fémur.

6° « d » représente la distance entre l'intersection de « h » avec la ligne des Y et le sommet du cotyle. Plutôt que la distance d nous préférons plus simplement évaluer l'écartement du fémur par rapport à la ligne P en prenant comme point de repère le bec fémoral ou éperon de Merkel.

Tels sont les critères radiologiques utilisés. Quels renseignements peut-on en tirer à la naissance ?

Comme pour la clinique un signe domine :

I. — L'obliquité anormale du toit (Putti) (85) —

Elle est mise en évidence par l'angle « a ». Encore faudrait-il connaître le chiffre maximum admis comme normal. La plupart des auteurs français, se référant à HILGENREINER considèrent comme normaux les angles inférieurs ou égaux à 25°. BUREAU [9] (Nantes) le fixe à 30°. CAFFEY et COLL. vont jusqu'à 30-32°. COLEMAN est moins exigeant : 33-38°. L'essentiel est de fixer la limite inférieure à partir de laquelle l'angle indique une obliquité exagérée et par conséquent une hanche luxable. Nous croyons avec la majorité des auteurs la situer à 35° (FABER admet que lorsque l'angle cotyloïdien dépasse 34° on doit conclure que le cotyle est franchement dysplasique.)

Mais la mesure de l'angle ne suffit pas. L'aspect même du toit est très spécial : c'est le toit « plat ». Le talus est parfois si peu prononcé que toit et fosse iliaque externe paraissent être dans le même prolongement.

L'obliquité du toit, l'aspect fuyant, avec talus éculé arrondi, sont la caractéristique essentielle des préluxations, des hanches luxables. (Sur la Fig. 11 de luxation unilatérale nous pouvons voir tous ces signes, et les comparer avec le côté sain.)



Fig. 11. — Enfant P... Luxation unilatérale gauche.

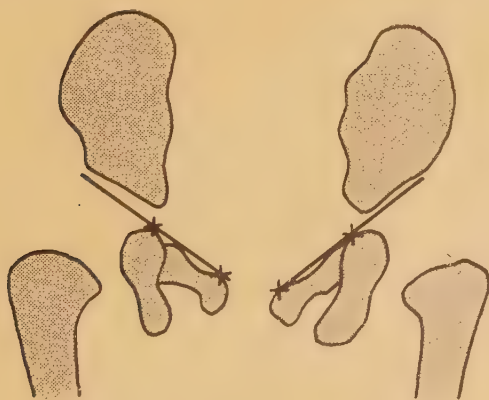


Fig. 12. — Schéma de Franchi.

FRANCHI (Bologne) [31] a imaginé pour évaluer l'obliquité, le schéma suivant (Fig. 12) : on fixe les deux points supérieur et inférieur médiaux, des cartilages ischio-pubiens ; entre ces deux points, on trace une ligne que l'on prolonge en direction de l'aile iliaque. Cette ligne croise normalement l'aile iliaque mais, s'il y a exagération de l'obliquité du toit, ou bien elle reste au-dessous



Fig. 13. — Enfant Y... Luxation bilatérale, pas d'écartement.

du toit, ou bien elle effleure seulement le bord cotyloïdien. FRANCHI estime que ce signe est très fidèle. Nous lui préférons la mesure de l'angle du toit.

II. — Autres signes radiologiques.

Les autres signes sont déjà le témoin d'un déplacement de la tête fémorale. Ils sont par conséquent moins fréquemment rencontrés.

a) L'ÉCARTEMENT DU FÉMUR :

Stade initial du déplacement, mais signe qui peut prêter à discussion. En effet un écartement seul ne signifie pas grand chose. Il n'a de valeur qu'associé à d'autres signes cliniques ou radiologiques et s'il est unilatéral. (Fig. 8) De plus nous possédons (Fig. 13) des luxations sans qu'il y ait d'écartement.

Pour PUTTI : une perpendiculaire passant par le bord interne de la métaphyse (éperon de Merkel) doit couper le toit à sa partie moyenne.

Pour HILGENREINER, le point le plus élevé de la métaphyse doit être séparé du fond du cotyle par une distance « d » qui est de 10 à 30 mm. Elle serait pathologique au-dessus de 16 mm. (FABER).

Plus facile à apprécier est la situation du bec fémoral par rapport à la ligne de PERKINS. En dedans de la ligne l'extrémité supérieure du fémur est en situation normale. Quand le bec affleure la ligne P, et à plus forte raison s'il est situé en dehors nous entrons dans le domaine de l'anormal sinon du pathologique. (Fig. 14).

Mais pour apprécier cet écartement il est bien évident que les membres inférieurs doivent être bien parallèles, toute adduction, de même que toute rotation pouvant l'exagérer ou le réduire selon le cas.

b) ASCENSION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR :

L'ascension est le témoin d'une subluxation ou même d'une luxation. Il est évidemment difficile de faire la part exacte entre ces deux stades. On peut cependant suivant l'importance du déplacement, s'en faire une idée et à la rigueur l'arthrographie permettrait de trancher.

Cette ascension est mise en évidence par :

La diminution de la distance « h ».

Chez le nouveau-né les mesures de FABER donnent normalement $h = 8,8$ mm. S. h est inférieur à 6 mm.

(HILGENREINER-FABER) on doit considérer que la luxation a débuté (LANCE) (Fig. 13).

La rupture du cintre cervico-obturateur.

Parfois très nette, elle peut se voir dès la naissance. (Fig. 13).



Fig. 14. — Enfant Le G... Hanches luxables à la naissance.

Le signe de la « fausse rotule » (POULIQUEN).

Cet auteur a récemment montré l'intérêt qu'il y avait à prendre dans le cliché les extrémités inférieures du fémur. Dans le cas d'une subluxation ou d'une luxation unilatérale les noyaux fémoraux inférieurs sont situés à des hauteurs différentes (Fig. 11)

La radiographie pourrait montrer exceptionnellement l'existence d'un néo-cotyle.

— Quand au noyau épiphysaire supérieur, à la naissance il est très rarement visible (Fig. 15).

Mais nous verrons que son retard d'apparition au cours de l'évolution rend compte d'une malformation de la hanche.

III. — Renseignements fournis par l'arthrographie.

L'arthrographie qui peut être pratiquée chez le nourrisson serait pour certains le seul moyen d'établir un diagnostic. On peut la considérer cependant comme un



Fig. 15. — Enfant R... Subluxation bilatérale. Noyaux céphaliques visibles à la naissance.

examen de routine comparable aux précédents. C'est un examen de spécialiste qui, à la naissance, et dans le cadre de notre travail ne nous paraît apporter aucun argument justifiant sa nécessité.

En cas de luxations l'arthrographie montrerait (FABER) :

Que la pointe du toit cartilagineux ne vient plus au contact de la ligne horizontale menée par les deux cartilages en Y. Tantôt la pointe du toit est repoussée au-dessus de la ligne des Y et FABER considère que la hanche est « en train de se luxer ». Tantôt la pointe du toit est refoulée en dedans et se trouve au-dessous de l'horizontale

menée par la ligne des Y quand la hanche est franchement luxée.

Le cotyle cartilagineux n'entoure qu'une partie plus ou moins réduite de la tête.

Il existe un certain écart entre la tête déplacée et le fond du cotyle, ce qui se traduit par la disparition de la projection linéaire normale du fond du cotyle et par l'accumulation en ce point de la substance de contraste.

Une nouvelle technique d'amélioration des clichés radiographiques, *le Logetron*, permettrait de faire ressortir à partir de clichés ordinaires tout ce qui est peu ou pas visible : parties molles, cartilages etc... Elle a déjà été utilisée non seulement en médecine et en particulier en obstétrique (pour le diagnostic des placentas praevia) (FISHGOLD) mais en premier lieu durant la guerre de Corée sur des photos aériennes. Ce procédé pourrait apporter dans l'étude de la hanche normale et pathologique chez le nouveau-né de précieux renseignements en faisant apparaître les détails cartilagineux de la tête et du cotyle.

C — Diagnostic des différents aspects pathologiques de la hanche chez le nouveau-né.

Nous voudrions à la fin de ce chapitre sur les signes cliniques et radiologiques, en essayer une synthèse sous les différentes étiquettes qu'on leur a données. Nous les grouperons en trois grands tableaux :

- les hanches luxables, ou prédisposées à la luxation ;
- les subluxations et luxations ;
- les luxations tératologiques.

Il est d'ailleurs nécessaire au terme de tout examen d'établir, pour le traitement, une distinction entre une hanche simplement douteuse, et des degrés plus sérieux tels une subluxation voire même une luxation.

A. — Les hanches luxables.

Elles sont caractérisées par le ressaut, signe nécessaire et suffisant d'après ORTOLANI.

Ce ressaut est généralement obtenu par la manœuvre à 2 temps qui provoque la luxation et la réduit, avec souvent perception de deux déclics au moment de la sortie puis de la rentrée de la tête dans le cotyle.

A côté on peut retrouver tous les signes d'hyperlaxité ligamentaire : rotation interne et externe exagérée etc...

A la radiographie : obliquité du toit avec cet aspect plat, ce talus arrondi, souvent inexistant (Fig. 14 et 19).

Il n'y a pas d'ascension, les fémurs sont parfois un peu trop écartés (Fig. 14).

Les signes cliniques et radiologiques peuvent être dissociés : c'est le problème des toits trop obliques à la radiographie sans le signe clinique du ressaut. Nous en reparlerons.

B. — Subluxations — Luxations.

Subluxations

Sont surtout caractéristiques :

- la résistance à abduction ;
 - l'obliquité du toit ;
 - l'écartement avec quelquefois un début d'ascension.
- (Fig. 8)

Par exemple sur la figure (15) où l'on peut voir les noyaux à la naissance, ceux-ci sont excentriques et en position anormale en regard du talus.

Luxations complétées avant la naissance (non tératologiques)

Unilatérales : la luxation donne des signes cliniques plus évidents :

- raccourcissement ;
- hanche luxée saillante ;

- inégalité des plis fessiers et cutanés ;
- fente vulvaire non verticale.

Bilatérales : nous avons :

- le ressaut ou la limitation de l'abduction ;
- les signes d'hyperlaxité ligamentaire.

A la radiographie : Obliquité du toit. Exceptionnellement néo-cotyle. Ecartement du fémur (non constant) (Fig. 13). Ascension du fémur avec rupture du cintre cervico-obturateur et signe de la fausse rotule (Fig. 11 et 21).

Cas particuliers de la luxation traumatique ou acquise.

Avec signes cliniques de luxation, ressaut à la seule abduction et cavité cotyloïdienne paraissant normale à la radiographie.

C. — Luxations tératologiques.

Où la luxation n'est qu'un des aspects du tableau clinique qui fait de ces nouveau-nés des polymalformés voire des monstres non viables : mains et pieds bots, spina bifida, hydrocéphalie, acromégalie, angiomes etc...

Le diagnostic de luxation dans ces cas n'offre pas de difficulté, car il s'agit de luxations vraies.

Disons pour terminer que peuvent coexister des malformations de la hanche à différents stades : luxation d'un côté, subluxation de l'autre ou encore hanche luxable avec luxation ou subluxation du côté opposé.

CONDUITE A TENIR

Simple, efficace, atraumatique et réalisable à peu de frais, telles sont les caractéristiques du traitement à la naissance. Cependant il faut mettre en garde les médecins contre une solution de facilité. La suppression du mode actuel d'emmaillotement, acte essentiel de la prophylaxie, ne constitue pas à lui seul une thérapeutique suffisante. De petits traitements, forcément incomplets pour de vrais états de préluxation, risquent de compromettre les résultats de la méthode, en laissant s'installer des luxations.

I. — Au cours de la grossesse.

La présentation du siège doit-elle imposer à l'accoucheur une tentative de version par manœuvres externes, comme le préconise LE DAMANY ?(53).

De fait, chez la multipare, elle est en général inutile et s'effectue spontanément. Chez la primipare, où elle serait surtout nécessaire, elle est le plus souvent impossible car imposée par une malformation de l'utérus. (BRINDEAU, LANTUÉJOL).

II. — Problème de l'emmaillotement.

Actuellement, les nouveau-nés sont langés d'une manière plus agréable pour la mère que profitable à l'enfant. Nous avons vu que l'emmaillotement, jambes en extension, serrées l'une contre l'autre, crée entre la tête et le cotyle des rapports incorrects. Si ce mode ne nuit pas à une hanche normale, il présente de réels dangers pour

les hanches douteuses en s'opposant à l'établissement de rapports normaux, et par conséquent en favorisant une luxation secondaire. Pourquoi d'ailleurs contrarier l'attitude « en grenouille » que prend spontanément le nourrisson quand on le libère de ses langes ?

C'est donc en flexion et abduction que les cuisses devront être maintenues et non en extension adduction :

Il suffit « d'une simple couche, fixée à la ceinture, tombant comme une chasuble au-devant du corps de l'enfant et qu'on replie par-dessous le périnée et les cuisses en abduction pour l'attacher dans le dos ». (LAURENCE) (50).

C'est en conseillant dans ce sens les mères de famille que l'accoucheur, la sage-femme, les aides aux mères arriveront à créer un changement d'habitude. Il est certain que de ce seul fait nous verrons une diminution, sinon la disparition des luxations de la hanche.

III. — Hanches luxables.

L'utilisation de langes appropriés doit suffire pour tous les cas de hanches « possiblement douteuses. »

A ce propos, faut-il traiter les hanches douteuses « présentant seulement des signes radiologiques de dysplasie avec cliniquement un jeu articulaire normal sans signe du ressaut » ? ORTOLANI [73] ne le pense pas et prétend, au contraire que le traitement est indispensable dans le cas opposé.

Une partie de ces hanches guérirait sans doute spontanément. Ce n'est pas un argument contre la méthode et nous pensons qu'il vaut mieux prendre au moins la précaution de proscrire l'emmaillotement et de faire des examens successifs.

Des dispositions plus sévères, par contre, sont à préconiser dans les hanches luxables, dans les préluxations avec ressaut et signes radiologiques :

Entre les cuisses sera placé un tampon serré composé

de couches. Il sera maintenu comme précédemment par un lange passant sous les cuisses et attaché en avant et en arrière par des épingles ou mieux à des bretelles. (Fig. 16).



Fig. 16. — Coussin.

On peut encore utiliser (BUREAU) [9] deux petites bottes de toile très ajustées remontant au genou et se prolongeant par deux liens terminés par une boutonnrière qui iront se fixer à deux boutons l'un antérieur, l'autre postérieur sur un petit corset. La position du bouton postérieur règle l'abduction, la longueur des liens la flexion.

L'enfant sera porté sur les hanches du porteur, jambes écartées, comme le font les femmes noires. (Cette habitude est peut-être à l'origine de la rareté de la luxation dans la race noire).

Plus tard il faudra asseoir l'enfant à califourchon comme sur un cheval de bois. Il est facile de réaliser de telles chaises.

IV. — Subluxation et luxation vraies.

Dans ce cas il faut immobiliser plus solidement l'enfant dans la position d'abduction et de flexion des membres inférieurs. Mais il ne doit pas s'agir d'une immobilisation plâtrée. C'est au contraire au traitement en hanche libre en abduction qu'il faut recourir. Pour cela on pourra se servir de coussins spéciaux placés entre les cuisses (FROELICH, ORTOLANI, [72] FREJKA, ROSEN [86]) maintenus par des bretelles ou attachés à un petit corset.



Fig. 17. — Billot de Pouliquen.

ORTOLANI [72] utilise aussi des attelles, mais il attire l'attention sur le fait que de tels moyens qui donnent des résultats très satisfaisants, peuvent entre des mains inexpertes causer de véritables dommages.

C'est une des raisons pour laquelle E. POULIQUEN [78] a cherché quelque chose de plus simple. Il met l'enfant à califourchon sur un billot (Fig. 17). Le billot est vissé sur une planchette de contreplaqué. Il faut prendre la précaution de soulever l'extrémité supérieure de la planche c'est-à-dire de la mettre en plan incliné. L'enfant est alors forcé de bien rester à cheval :

« Le petit cavalier s'habitue très vite à sa position et au bout d'un ou deux mois, on peut le promener en le portant à cheval comme on le fait dans la race noire, ou,

s'il est dans une petite voiture en lui attachant les jambes de chaque côté pour maintenir l'abduction. La position sur le billot doit être maintenue très longtemps, un an ou même plus afin de mettre à l'abri de toute relaxation... L'abduction n'est pas à angle droit, mais si on veut l'obtenir, rien de plus facile, il suffit avec des liens souples de suspendre les genoux aux deux coins de l'extrémité supérieure de la planchette. Avec la planche billot on peut également obtenir la rotation interne dans les cas où cette position s'avérerait nécessaire à cause de l'antéverson du col. » (POULIQUEN) [78].

Le billot, d'aspect sans doute inesthétique, possède sur les autres moyens, le net avantage de poser peu de problèmes pratiques aux mères quand il faut obtenir une abduction parfaite. Pour le médecin c'est de plus, une sécurité.

V. — Surveillance du traitement.

Elle est basée sur la clinique et la radiologie :

Le signe du ressaut est un excellent élément de pronostic. Sa recherche, « même en cours de traitement, nous donne des renseignements les plus précieux ; sa disparition étant témoin d'une amélioration ». « L'expérience nous a montré que le signe a aussi une très grande importance pronostique. En effet, lorsqu'il se passe vite au cours du traitement et que le jeu articulaire est normal (l'abduction n'étant pas limitée), la réduction qui en résulte est presque toujours stable et la réparation rapide ; lorsqu'il persiste au contraire, la réparation est tardive et le pronostic plus ou moins réservé, et sévère lorsqu'il ne se passe jamais. » (ORTOLANI) [71].

Mais c'est surtout la radiologie qui permettra de suivre l'évolution et de décider de l'arrêt du traitement.

Les clichés seront faits à 3, 6 et 12 mois. Ces dates sont, cependant, variables et dépendent avant tout du degré d'atteinte de la hanche et des clichés antérieurs.

On juge de l'amélioration sur la réparation progressive des signes radiologiques :

En premier lieu, l'obliquité du toit diminue, la cavité cotyloïde se creuse, le talus se dessine normalement et l'angle « a » descend au-dessous de 25° .

Mais seule l'apparition des noyaux céphaliques en position normale et sans signes d'épiphysite est le garant d'un bon résultat. Or en cas de luxation il y a un retard d'appa-

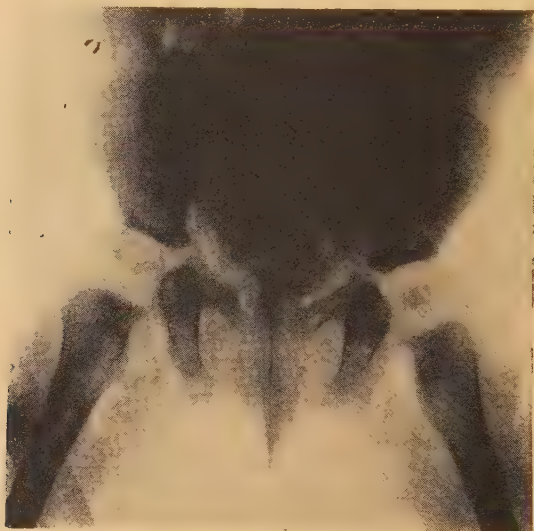


Fig. 18. — Enfant T... (6 mois). Luxation droite à la naissance. Retard d'apparition du noyau céphalique à droite.

rition du noyau même si la réduction est correcte. (Nous avons vu que normalement il peut être visible très tôt.) Ce retard est intéressant à noter dans les luxations unilatérales (fig. 18).

Le traitement ne pourra donc être arrêté que si :

a) Le signe du ressaut et le jeu articulaire anormal ont disparu.



Fig. 19 et 20. — Enfant K... Hanches luxables. A la naissance et à 8 mois (guérison).

b) Le toit a récupéré sa forme normale avec des noyaux céphaliques bien centrés (par conséquent pas d'ascension, de rupture du centre cervico-obturateur, ni d'écart).

Les hanches instables, douteuses ou même franchement luxables peuvent se réparer très vite en quelques mois (fig. 19-20). Il en est de même dans les cas rares de luxations dites traumatiques. Par contre les états de préluxation, et à plus forte raison de luxation, demandent des délais minimum de un an à 18 mois (fig. 21-22). De toutes façons, qui dit suppression du coussin et du billot suppose qu'ils sont replacés quand l'enfant est au lit, suppose aussi l'utilisation le jour des petits moyens tels : la manière de porter ou d'asseoir l'enfant et enfin l'interdiction formelle de le faire marcher.

Nous ne saurions trop répéter que si le dépistage incombe avant tout au médecin praticien, ce dernier ne doit pas hésiter à faire appel au spécialiste, à entrer en collaboration avec lui, surtout s'il s'agit d'une luxation ou subluxation. La surveillance doit, en effet, dans ces cas, être très rigoureuse parfois même il faut une hospitalisation de plusieurs jours dans les formes les plus sévères. Au cours des examens ultérieurs, la persistance des signes, sinon leur aggravation, peuvent poser de sérieux problèmes. On peut être amené à faire une arthrographie (BERTRAND) et à instituer momentanément un autre traitement : coquille plâtrée, plâtre pelvi-pédieux (MÉARY, GOURDON) [67], attelles d'ORTOLANI [72], planchettes d'écartement avec genoux plâtrés (FROELICH) ou la même planchette avec simple cuisards (POULIQUEN) [78].

La notion de dépistage sur laquelle nous revenons encore une fois, est l'essentiel. Il faut que le public soit informé comme il a déjà été fait en Italie. Il faudrait, en particulier dans certaines régions éprouvées, insérer des conseils sur le carnet de maternité (POULIQUEN) ou livret de famille (LE DAMANY). Les médecins, sages-femmes et auxiliaires médicaux qui examinent ou soignent l'enfant dans les premiers jours de la vie, doivent connaître l'existence des



Fig. 21 et 22. — Enfant P... Luxation unilatérale gauche. A la naissance et à 18 mois (guérison).

hanches luxables et apprendre à en rechercher les signes, surtout les petits signes qui ont pu échapper à l'examen le jour de l'accouchement.

C'est le premier stade de la prophylaxie. Le second consiste à déconseiller l'emmaillottement tel qu'il est actuellement conçu. Ici encore, l'influence d'organismes officiels et même de la Presse serait nécessaire.

EVOLUTION

PROBLEME DES GUERISONS SPONTANÉES

Notre but n'est pas d'étudier l'évolution vers la luxation, des hanches luxables.

Nous voudrions, tout d'abord, rappeler les statistiques de MÉARY et GOURDON et celles d'ORTOLANI déjà citées dans l'historique :

76 % de résultats excellents et bons (MÉARY et GOURDON)

93,5 % de résultats excellents (ORTOLANI).

Un travail plus récent fait par R. BUREAU (Nantes), sous le patronnage du P^r FÈVRE, donnerait environ 80 % de bons résultats.

Il est intéressant de noter qu'il ne faut pas dans la méthode ultra-précoce un grand recul d'années pour juger des résultats.

« Inutile ici, pour juger des résultats définitifs, d'attendre 5-10 ans, ou plus encore. Chez les enfants très jeunes, traités dès les premiers jours ou mois de la vie notre expérience nous a montré que les résultats sont le plus souvent définitivement acquis au bout de 2 ans » (ORTOLANI) [68].

C'est un point très important qu'il est bon de préciser.

Problème des guérisons spontanées.

L'évolution spontanée vers la guérison est, certes, admise par tous. Certains y voient la raison des statistiques élogieuses publiées par les partisans du traitement ultra-précoce.

LE DAMANY [52] prétend qu'une hanche luxable sur

quatre seulement peut se luxer secondairement. D'après BERTRAND et GUIAS [5], la guérison spontanée, même dans les subluxations, est moins rare qu'il est classique de le dire.

Il est par conséquent, probable que l'on fait à la naissance le diagnostic de hanches douteuses qui guériraient, même sans traitement. La radiographie est à l'origine de la plupart de ces erreurs, si on peut parler ainsi, CAFFEY et coll. [10] considèrent que l'on diagnostique beaucoup plus de hanches avec un angle trop grand chez des enfants sains. ORTOLANI [73] est du même avis. Mais il ajoute que s'il y a un signe du ressaut, « la guérison spontanée se fait exceptionnellement et la malformation aboutit, en règle, aux degrés les plus graves ».

Dans le doute, nous estimons qu'il ne faut pas s'abstenir. Il serait bien plus grave (et la responsabilité du médecin serait grande) de laisser évoluer, sous ce prétexte, une luxation. D'ailleurs la conséquence d'un traitement inutile, étant donné son caractère bénin et momentané, est bien minime en comparaison des bienfaits qu'en général il peut apporter.

CONCLUSIONS

L'étude des dysplasies au niveau de la hanche du nouveau-né permet de décrire différents aspects ou degrés de malformations :

Sont tout d'abord à mettre à part les luxations tératologiques associées à d'autres malformations, le plus souvent incompatibles avec la vie. Elles n'ont été que rapidement envisagées.

Normalement existent, à la naissance, des défauts communs à toutes les hanches et qui sont : l'aplatissement du cotyle, l'antéversion du col, les mauvaises adaptations des surfaces articulaires.

Les véritables dysplasies intéressantes peuvent n'être que l'exagération de ces défauts : ainsi se présentent les hanches luxables. Mais des stades plus graves, et à vrai dire rares, peuvent se rencontrer : subluxation et luxation.

L'intérêt du dépistage dès la naissance de ces hanches anormales ne fait actuellement aucun doute. Il devrait être systématique et facilité par l'éducation non seulement des médecins, des accoucheurs, des sages-femmes, mais aussi du public comme il a été fait en Italie. L'exemple du Nord-Finistère, où un organisme officiel a inséré dans le carnet de maternité des conseils à propos de la luxation, pourrait être suivi.

L'emballotement, selon le mode habituel, membres inférieurs en extension forcée et adduction devrait être formellement déconseillé. Il met, en effet, la hanche dans la plus mauvaise position possible.

Cliniquement, le signe du ressaut paraît le meilleur élément du diagnostic. La radiographie met en évidence : l'obliquité exagérée du toit et son aspect fuyant, avec un angle cotyloïdien supérieur à 35° et, moins souvent, l'écartement et l'ascension de l'extrémité supérieure du fémur.

Le traitement prophylactique se résume essentiellement, comme nous l'avons vu, en la suppression du mode classique d'emmaillotement, jambes en extension.

Dans les cas simplement douteux, la mise des cuisses en abduction par des langes appropriés constitue un traitement préventif suffisant sous couvert de contrôles radiographiques.

Quand il s'agit de préluxation, voire de subluxation ou de luxation, le traitement curatif entrepris dès la naissance ou dans les premiers jours de la vie, consiste à mettre le nouveau-né dans une position de flexion et d'abduction des cuisses à 70° - 80° à l'aide d'un coussin ou d'un billot.

Le ressaut disparaît rapidement, ce qui est un bon élément de pronostic. Des clichés seront pratiqués à 3, 6 et 12 mois. Le traitement est poursuivi en général un an, voire davantage, dans les subluxations et les luxations. Il peut être interrompu plus tôt dans les hanches simplement douteuses et quand les signes cliniques et radiologiques l'autorisent.

Les résultats des traitements commencés plus tard, au 4^e, 5^e mois sont moins satisfaisants.

Ainsi traités, les nouveau-nés récupèrent le plus souvent, semble-t-il, une hanche fonctionnellement et radiologiquement normale et ne présentent pas en général des lésions d'épiphyse qui grèvaient si lourdement les autres méthodes.

Le diagnostic et le traitement dès la naissance des « luxations » de la hanche constituent un net progrès dans la disparition de cette malformation.

Le fait important c'est le dépistage à la naissance des hanches possiblement douteuses.

Vu :

LE DOYEN :

L. BINET.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

P. LANTUÉJOUL.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

J. SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ALLENBACH E., WIEST E., et WIEST M.-C. — Résultats éloignés du traitement de la luxation congénitale de la hanche d'après 1086 hanches traitées chez des enfants avant l'âge de cinq ans. *Rev. Chir. Orthop.*, avril-juin 1956, n° 2, 169-184, 6 fig.
- [2] AYRAL F. — Expérience arthrographique sur les hanches de la hanche. *Rev. Chir. Orthop.*, janv.-mars 1951, ches des fœtus au sujet de la luxation congénitale n° 1, 52-53, 2 fig.
- [3] BERTRAND L. — L'arthrographie dans le traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant. Thèse Lyon, 28 fév. 1951.
- [4] BERTRAND P. et GUIAS H. — Résultats du traitement de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant. *Rev. Chir. Orthop.*, janv.-mars 1955, n° 1.
- [5] BERTRAND P., GUIAS H. et BÉNARD H.-M. — Réflexions sur la luxation de la hanche chez le nourrisson. *Rev. Chir. Orthop.*, déc. 1956, n° 6 (bibliogr.).
- [6] BODART A. — Le pronostic actuel de la luxation congénitale de la hanche. *Hôpital*, juil.-août 1955, n° 648-649, 422-425.
- [7] BOST F.-C. et coll. — Résultats du traitement de la luxation congénitale de la hanche chez le nourrisson. *J. Bone Joint Surg.*, av. 1948, n° 2, 454-468, (bibliogr.).
- [8] BRENOT P. — Résultats du traitement de la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant traité avant l'âge de cinq ans. Thèse Lyon, 13 juil. 1954. luxation congénitale de la hanche. *Bull. Féd.*
- [9] BUREAU R. — Diagnostic et traitements précoces de la *Soci. Gyn. Obst.* av.-mai 1957, n° 2, 242.

- [10] CAFFEY J. et coll. — La dimension des angles de la sa signification dans l'identification de la dysplasie cotyloïde, à la naissance, à 6 et 12 mois : sie congénitale de la hanche ; article préliminaire. *Am. J. Dis. Child.*, nov. 1955, n° 5, 563.
- [11] CAFFEY J. et coll. — La contradiction de la dysplasie et la préluxation congénitales, hypothèse de la luxation congénitale de la hanche, d'après une étude des variations normales des angles acétabulaires à des périodes successives, chez le nourrisson. *Pédiatries*, mai 1956, n° 5, 632-641 (bibliogr.).
- [12] CHEYNEL J. — Les défauts de la hanche du nouveau-né. *Rév. Orthop.*, janv.-mars 1949, n° 1/2, 70-71.
- [13] COLEMAN S.-S. — Le diagnostic de la dysplasie congénitale de la hanche chez le nouveau-né. *J.A.M.A.*, 6 oct. 1956, n° 6, 548-554, (bibliogr.).
- [14] COLONNA P.-C. — Le dépistage et le traitement de la dysplasie de la hanche chez le nourrisson. *Surg. Clin. North. Amer.*, déc. 1953, n° 6, 1633-1641.
- [15] DARRIS. — *Ouest Médical*, 10 mars 1954.
- [16] GRÉGO C.-H. et SCHWARTZMANN J.-R. — Etude du traitement hanche. *J. Bone Joint Surg.*, av. 1948, n° 2, 248-ment précoce de la luxation congénitale de la 442. (bibliogr.).
- [17] CUVELAND E. (de). — Description de la préparation anatomique d'une luxation congénitale de la hanche chez un nourrisson. *Zschr. Orthop.*, 1950, n° 1, 28-34, (bibliogr.).
- [18] CZERMAK H. — Le diagnostic et le traitement précoces de la luxation congénitale de la hanche. *Wien. Med. Wschr.*, 27 déc. 1952, n° 51-52, 1017-1018, Ifig.
- [19] DELALANDE A. — Dépistage et prophylaxie de la luxation congénitale de la hanche à la naissance. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1955, n° 5, 576.
- [20] DÉTRIE P. — Le signe du ressaut. *Presse méd.*, 15 juin 1955.
- [21] DRESCHER H. — A propos des rapports entre la position de l'enfant et la luxation congénitale de la hanche, avec considération particulière de la présentation par le siège. *Zbl. Gyn.*, 9 fév. 1957, n° 6, 209-212 (bibliogr.).

- [22] ETIENNE et DAUDE. — A propos du diagnostic de la luxation congénitale de la hanche avant la marche. *Rev. Orthop.* janv.-mars 1949, n° 1/2, 69.
- [23] ETIENNE, PICARD et GUILLAUME. — A propos du traitement de la luxation congénitale de la hanche avant la marche. *Arch. Franç. Péd.*, 1950, n° 7, 760-761.
- [24] ETIENNE. — *Concours Méd.*, 20 oct. 1951.
- [25] ETIENNE, LAPEYRIE et LISBONNE. — Il faut également traiter très tôt les sublaxations congénitales de la hanche, mme légères. *Montpellier chir.*, 1956, n° 10, 17-18.
- [26] ERLACHER P.-J. — Diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche par croisement. *Zbl. Chir.*, 14 jan. 1939, n° 2, 100-102.
- [27] EXNER G. — Le traitement de la luxation congénitale de la hanche chez le nourrisson. *Müddch. med. Wschr.*, 21 juil. 1950, n° 15-16, 589-593.
- [28] FABER. — Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des luxations congénitales de la hanche. Georg. Teime, éd. Leipzig 1938.
- [29] FAIRBANK H.-A.-T. — Diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche. *Brit. med. J.*, 25 mars 1939, n° 4081, 607-608.
- [30] FEVRE. — *Ouest médical*, 25 mars 1955.
- [31] FRANCHI B. — Les signes radiologiques de la hanche (description d'un nouveau signe). *Radiologia clin.*, mars 1956, n° 2, 104-114, II fig. (bibliogr.). Résumé français.
tion congénitale de la hanche. *Helvet paed. acta*,
- [32] FRISCHKNECHT W. — Le diagnostic précoce de la luxa-
av. 1954, n° 1, 43-49, (bibliogr.) .Résumé français.
- [33] FRISCHKNECHT W. — Le diagnostic précoce de la patho-
génie de la luxation congénitale de la hanche.
Schweiz. med. Wschr., 19 janv. 1957, n° 3, 64-65.
(bibliogr.).
- [34] FROELICH. — *Comptes rendus Congrès de Chirurgie*,
1907, p. 697.
- [35] HART V.-L. — La luxation congénitale de la hanche chez
le nouveau-né et dans les premiers jours de la
vie. *J.A.M.A.*, 12 août 1950, n° 15, 1299-1303.
- [36] HASS J. — Comment pouvons-nous empêcher la forma-
tion de la luxation de la hanche dite congénitale.
Wien. klin. Wschr., 3 sept. 1954, n° 35/36, 620-622.

- [37] HEIN R. — Luxation congénitale de l'articulation de la hanche et présentation du siège. *Zschr. Orthop.*, 12 juin 1942, n° 3, 165-193.
- [38] HILGENREINER H. — Méthode sûre de diagnostic de la luxation congénitale de la hanche. *Zschr. Orthop.*, 1939, n° 4, 488-489.
- [39] HILGENREINER H. — A propos de l'article de Nagura. « Luxation congénitale de la hanche et coutume populaire ». *Zbl. Chir.*, 10 août 1940, n° 42, 1488-1490.
- [40] HILGENREINER H. — Ce que le pédiatre et praticien doivent savoir de la luxation congénitale de la hanche. *Wien. klin. Wschr.*, 15 oct. 1948, n° 41, 666-670, (bibliogr.).
- [41] HINDENACH J.-C.-R. — Le diagnostic clinique précoce " de la luxation congénitale de la hanche. *Lancet*, janv. 1955, p. 6853, n° 15-16.
- [42] HOFFMANN. — *Thèse Nancy*, 1911.
- [43] HUET. — La rareté de la luxation congénitale de la hanche chez le noir africain. *Thèse Bordeaux*, 1952.
- [44] KLOPPFER F. — Le problème du traitement immédiat de la dysplasie congénitale de la hanche. *Zschr. Orthop.*, 1949, n° 1, 1-60, (bibliogr.).
- [45] LAFFITE, SUIRE et coll. — Traitement sanglant des luxations et subluxations congénitales de la hanche chez le jeune enfant. *Bull. Ac. Chir.*, 1957, n° 1-2-3.
- [46] LANCE M. — Malformation luxante. Luxation congénitale de la hanche. *Traité de Chirurgie orthopédique* — Ombrédanne et Mathieu. Tome IV, 1957.
- [47] LANCE M. — La lutte contre la luxation congénitale de la hanche. *Gaz. Hôp.*, 1^{er} juil. 1943, n° 13, 197-198.
- [48] LANCE P. — A propos du traitement de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant. *Nourisson*, sept.-oct. 1943, n° 5, 106-109.
- [49] LANCE P. — La luxation congénitale de la hanche. *Traité de Pathologie Chirurgicale*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 15204 (9-1947).
- [50] LAURENCE G. — Les luxations spontanées de la hanche communément appelées congénitales. *Rev. Praticien*, 11 nov. 1954, n° 29, 2710-2723.

- [51] LE DAMANY. — La luxation congénitale de la hanche. 1942, Alcan Paris.
- [52] LE DAMANY. — Luxation congénitale de la hanche. Maloine 1950.
- [53] LE DAMANY. — *La luxation congénitale de la hanche, comment l'éviter ? Ouest méd.*, 25 sept. 1952, n° 18.
- [54] LE DAMANY. — L'enfant, aperçus d'anthropogénie. — Maloine 1956.
- [55] LESPIAUCQ R. — Les guérisons spontanées de la luxation congénitale de la hanche. Thèse Bordeaux, 29 octobre 1954.
- [56] LEVEUF. — 4^e Congrès International de Chirurgie Orthopédique et traumatologique. 1939.
- [57] LEVEUF J. et BERTRAND P. — Luxation et subluxation congénital de la hanche. Ed. Doin, 1946.
- [58] LEVEUF, BERTRAND et GUIAS. — Création d'un centre régional de traitement rationnel des luxations congénitales de la hanche. *Bull. Ac. Méd.*, 1947, n° 19/20.
- [59] LEVEUF J. — Etat actuel du traitement des luxations congénitales de la hanche. *Arch. franç. Péd.*, 1948, n° 4, 403-404.
- [60] LINDEMANN. — L'examen de la raie fessière pour le
- [61] LORENZ A. — Traitement immédiat de la luxation congénitale de la hanche. *Rev. Orthop.*, janv.-mars 1949, n° 1/2, 65-68.
- [62] LORENZ A. — La luxation congénitale de la hanche. *Wien klin. Wochr.*, 26 juin 1953, n° 26, 545-546.
- [63] MARTIN P. — Le traitement de la luxation congénitale de la hanche avant la marche. Thèse Montpellier, 1939.
- [64] MATHIEU P. — Sur les conditions du traitement des luxations congénitales de la hanche. Rapport de commission. *Bull. Ac. Méd.* 1943, n° 7/8.
- [65] MATHIEU P. — Précis d'orthopédie infantile. Masson 1949.
- [66] MATHIEU P. — Vœu de l'Académie de Médecine. *Bull. Ac. Méd.*, séance du 5 juillet 1955.
- [67] MÉARY et GOURDON. — Luxations congénitales de la hanche avant cinq ans. Résultats et indications thérapeutiques. (Rapport à la 29^e réunion de la Société d'Orthopédie). *Rev. Chir. Orthop.*, juil.-sept. 1954, n° 3/4, 323-402.

- [68] MÉARY et GOURDON. — (discussion du rapport de). — Luxations congénitales avant cinq ans. *Rev. Chir. Orthop.*, janv.-mars 1955, n° 1, 117-143.
- [69] MEYER J. — Diagnostic et traitement à la naissance de la luxation congénitale de la hanche. *Strasbourg méd.*, janv. 1956, n° 1, 60-62.
- [70] NAGURA S. — Nouvelle contribution à la connaissance de guérisons spontanées de luxations congénitales de la hanche. *Zbl. Chir.*, 2 fév. 1957, n° 5, 208-212 (bibliogr.).
- [71] ORTOLANI M. — Les stades préparatoires de la luxation congénitale de la hanche. Anatomie-Arthrographie et traitement prophylactique correctif. *Rev. Orthop.*, janv.-mars 1949, n° 1/2, 61-64.
profilasso-correzione della lussazione congenita
- [72] ORTOLANI M. — Mezzi divaricatori vecchi e nuovi nella dell'anca. *Chir. degli organi di movimento*, vol. XXXVIII, fasc. III, 1953.
- [73] ORTOLANI M. — Le diagnostic clinique fait par la recherche du signe du ressaut est le seul moyen permettant le traitement vraiment précoce et total de la luxation congénitale de la hanche. *Bull. Ac. Méd.*, 12 mars 1957, n° 9-10.
- [74] PACI. — Congrès Italien d'orthopédie 1894.
- [75] POULIQUEN E. — Arguments en faveur du traitement obligatoire de la luxation congénitale de la hanche (avec discussion). *Bull. Ac. Méd.*, 1943, n° 5/6, 79-81.
- [76] POULIQUEN E. — *Ouest médical* 1952.
- [77] POULIQUEN E. — *Presse médicale*, 20 sept. 1952.
- [78] POULIQUEN E. — Diagnostic à la naissance et traitement de la luxation congénitale de la hanche. *Concours méd.*, 4 déc. 1954, n° 49, 4525-4528.
- [79] POULIQUEN E. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche dès la naissance. Grande supériorité de cette méthode, urgence de sa vulgarisation. *Bull. Ac. Méd.*, 5 juil. 1955, n° 23-24, 383-389.
- [80] POULIQUEN E. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche dès la naissance. *La Médecine*, nov. 1955, n° 11.
- [81] POULIQUEN E. — Luxation traumatique de la hanche au cours de l'accouchement par le siège *Ouest méd.*, 10, av. 1956, n° 7.

- [82] POULIQUEN E. — Dépistage précoce de la luxation congénitale de la hanche. Concours méd., 3 août 1957, n° 31.
- [83] POUYANNE L. et POISSON R. — Traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, selon la méthode du Pr. H.-L. Rocher. Enquêtes et réflexions sur les résultats lointains. *Rev. Chir. Orthop.*, juil.-sept. 1957, n° 3/4.
- [84] PUTTI. — Per la cura precoce della lussazione dell'anca. *Arch. Italiana di Chir.*, vol. XVIII, 1927.
- [85] PUTTI. — Etude clinique et radiographique des pré-luxations de la hanche. *Chir. degli org. di mov.*, vol. XVII, déc. 1932.
- [86] ROSEN S. (von). — Diagnostic précoce et traitement de la luxation congénitale de l'articulation de la hanche. *Acta orthop. scand.*, 1956, n° 2, 136-155. Résumé français.
- [87] SAIGET. — Thèse Paris 1911.
- [88] SALMON M. — La luxation congénitale de la hanche chez l'enfant. Dépistage. Conduite à tenir. *Sud. méd. chir.*, 31 janv. 1954, 3011-3016.
- [89] SCHOBERT H. — Le traitement précoce de la luxation congénitale de la hanche et son résultat. *Zschr. Orthop.*, 1955, n° 4, 517-527, (bibliogr.) Résumé français.
- [90] ULLMANN K. — La nécessité du diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche. *Med. Welt*, 27 mai 1939, n° 21, 735-737.
- [91] WALTHER T. — Dysplasie congénitale de la hanche chez les nouveau-nés. *Acta paed.*, juil. 1956, n° 4, 475-478 (résumé français).
- [92] ZSEBOK Z., MOLNAR R. et NAGY E. — Interprétation de la radiographie dans le diagnostic précoce de la luxation soi-disant congénitale de la hanche. *Zschr. Orthop.*, 1952, n° 4, 556-571. (bibliogr.).

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Historique	13
Définition	22
Etio-Pathogénie	29
L'articulation de la hanche normale et pathologique chez le nouveau-né. Variations des rapports coxo-fémoro- raux selon l'attitude du membre inférieur	35
Diagnostic à la naissance. Signes cliniques et radiolo- giques	42
Conduite à tenir	61
Evolution. Problème des guérisons spontanées	71
Conclusions	73
Bibliographie	77

